

ANAIS  
PAULISTAS  
DE

MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXVI

N.º 5

Novembro de 1958

Neste número:

Trabalhos Originais:	Pág.
Tratamento cirúrgico da sub-luxação congênita do quadril — Dr. RENATO MORGANTI	313
O uso dos nomes próprios em fichas operatórias — Prof. RICARDO FIMOCHEIRO	319
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Anestesiologia .....	259
Cirurgia .....	260
Dermatologia e Sifilografia .....	262
Ginecologia e Obstetrícia .....	264
Hematologia e Hemoterapia .....	271
Higiene e Medicina Tropical .....	271
Medicina .....	272
Neuropediatria .....	274
Sociedade Médica São Lucas .....	286
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números .....	288
Vida Médica de São Paulo:	
Academia de Medicina de São Paulo .....	296
Necrológio .....	294
Congressos Médicos:	
II Congresso Latino Americano de Anatomia Patológica .....	294
Assuntos de Atualidade:	
Límina associada à manufatura do pão .....	308
Literatura Médica:	
Livros recebidos .....	310
Separatas e folhetos recebidos .....	310

Editedos pelo



Sanatório São Lucas

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

RUA PIRAPITINGUI, 80 — SÃO PAULO, BRASIL

# MEPRO

## Fórmula:

Meprobramato	0,400	g
Vitamina B <sub>1</sub>	0,010	g
Reserpina	0,0001	g
Excipiente q. s. p.	0,500	g

## INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

## MODO DE USAR:

2 a 4 comprimido ao dia, ou como determinar o médico.

(Venda sob prescrição médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

Farm. M. P. LANZONI

# GLUCOSSARA

## Fórmula:

Vitamina C	0,500	g
Vitamina B <sub>1</sub>	0,100	g
Vitamina B <sub>2</sub>	0,050	g
Clíccola	0,050	g
Sol. glicosada a 30% q. s. p. 10,00	cm <sup>3</sup>	

## INDICAÇÕES

- Medicação tónica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas.

## MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,  
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licenc. S. N. N. F. M. sob N.º 825/41

Farm. M. P. LANZONI

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo, Brasil



# VITSALMIN\*

PELLET DE VITAMINAS E MINERAIS

Caixa com 1 frasco, contendo 30 pellets marrons (vitaminas) e 1 frasco, contendo 30 pellets verdes (saís minerais).

*Cada pellet marrom contém:* vitamina A — 5.000 U. I.; vitamina D (natural) — 500 U. I.; vitamina B1 — 4,0 mg; vitamina B2 — 2,0 mg; vitamina B6 — 1,2 mg; vitamina B12 — 0,5 microgramas; vitamina C — 30,0 mg; niacinamida — 10,0 mg.

*Cada pellet verde contém:* Ferro — 10,0 mg; Manganês — 1,0 mg; Magnésio — 1,0 mg; Iodo — 0,07 mg; Cobre — 0,5 mg; Zinco — 1,0 mg; Molibdeno — 0,18 mg; Cobalto — 0,05 mg; Fósforo — 40,0 mg; Cálcio — 51,0 mg.



**Instituto Pinheiros, Produtos Terapêuticos, S.A.**

\* mediante concessão de Collett & Co. A/S., Noruega.

*Afoga-se num copo de água*



o hipodesenvolvido física e psíquicamente, por não se adaptar aos problemas que, dia a dia, a vida propõe. O mesmo pode ocorrer ao esgotado, ao deprimido, ao neuropsicastênico, ao esquizóide, ao que sofreu a involução senil. A todos êstes o

# Dinistenile

Sulfato Sódico de Deidroandrosterona (em forma hidrossolúvel)  
com Dinitrila Succínica.

fez, novamente, voltar as energias necessárias, a confiança, o equilíbrio e a capacidade de adaptação, mobilizando substâncias energéticas, atenuando os efeitos do "stress" e enriquecendo o patrimônio nucleoprotéico da célula nervosa.

1 a 2 ampolas por aplicação, via intramuscular ou endovenosa, até 3 ampolas ao dia.

*Agora, também com*



ESGOTAMENTO  
STRESS  
DEPRESSÕES  
NEUROPSICASTENIA  
CENESTOPATIA  
HIPOEVOLUTISMO  
INADAPTAÇÃO SOCIAL  
ESQUIZOIDISMO  
INVOLUÇÃO SENIL



**PRAVAZ-RECORDATI**  
LABORATÓRIOS S. A.



Rua Michigan, 629 — São Paulo

# ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

**Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr \$ 300,00 — Estrang. US \$ 7,50 — Número avulso Cr \$ 30,00

(Nos trabalhos publicados é respeitada a redação dos autores)

**VOL. LXXVI**

**NOVEMBRO DE 1958**

**N.º 5**

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

Sessão em 30 de abril de 1958

Presidente: *Dr. Jorge de Ameida Bello*

**Anestesia e circulação extracorpórea.** Drs. Pedro Gereto, José dos Santos Perfeito, Sérgio Paladino e Hugo J. Felipozzi. — Os autores apresentam 19 casos de moléstias cardíacas congênitas, operadas a céu aberto por um conjunto pulmão-coração artificial, desenhado e construído nas oficinas do Instituto de Cardiologia Sabbado D'Angelo.

O trabalho foi dividido em quatro partes, sendo analisados particularmente: 1) o conjunto coração-pulmão artificial; 2) a anestesia em circulação extracorpórea; 3) os dados laboratoriais referentes a esse tipo de cirurgia; 4) os resultados cirúrgicos obtidos. O conjunto coração-pulmão artificial descrito é constituído por duas bombas do tipo De Bakey: uma para aspiração de sangue das cavidades cardíacas e outra para propulsão do sangue através da artéria femoral. O oxigenador é constituído por um conjunto de discos de ação inoxidável, semelhante ao usado por Kay e col. Descrevem o funcionamento dos mesmos, salientando o seu pequeno

porte, facilidade de manéjo e os bons resultados obtidos tanto na parte experimental como clínica.

Com relação à anestesia são descritas as condutas relativas à pré-medicação, indução e manutenção da anestesia, antes, durante e após o desvio da circulação. É dada ênfase ao problema da manutenção do retorno venoso, pressão arterial e  $CO_2$  alveolar. Chamam a atenção para o uso de sangue fresco colhido em material siliconizado conservado em solução ACD e da neutralização do citrato pelo cálcio.

Descrevem a técnica e a necessidade dos seguintes controles feitos durante o ato cirúrgico: pressões arterial e venosa, electrocardiograma, electronecefalograma, hemólise, tempos de sangria e coagulação, hematórito, dosagem de hemoglobina, saturação do  $O_2$  arterial, venoso e do oxigenador,  $PCO_2$  alveolar, arterial e do oxigenador, reserva alcalina, pH, excreção urinária, temperatura retal e do oxigenador. Com relação aos dados

de laboratório são analisados os controles acima referidos e estudos especiais são feitos dos distúrbios metabólicos, tendo dado grande valor à manutenção de  $CO_2$  e sua importância na regulação da pressão arterial e do equilíbrio ácido-básico.

Os autores salientam a importância das funções hepática e renal na cirurgia do coração a céu aberto com o emprego do conjunto coração-pulmão artificial. Chamam a atenção para a necessidade de se explorar convenientemente essas funções no pré-operatório, para avaliação do risco

cirúrgico e melhor orientação do período pós-operatório.

Apresentam em seguida os exames que são feitos de rotina no Instituto de Cardiologia Sabbado D'Angelo, nos períodos pré, intra e pós-operatórios para o correto controle fisiopatológico desses pacientes, justificando e comentando cada item.

Finalmente, são apresentados os 19 casos operados e os resultados cirúrgicos obtidos, ressaltando-se as vantagens do método, para correção radical de certos tipos de afecções cardíacas congênitas e adquiridas.

## DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 10 de abril de 1958

Presidente: Dr. Octavio de Moraes Dantas

**Obstrução arterial aguda das extremidades. Considerações sobre 20 casos.** Drs. Hélio M. Coelho, Plínio M. Garcia e João F. Oliveira. — Os autores apresentam 20 casos de obstrução arterial aguda observados durante o ano de 1957. Este material foi estudado nos seus diversos aspectos, discutindo-se normas de diagnóstico, prognóstico e conduta.

Dos 20 casos, 7 foram submetidos à embolectomia. Desses, 5 casos foram operados antes de 8 horas do aparecimento dos sintomas, com recuperação da circulação arterial em todos eles. Quando o tratamento clínico foi empregado, os resultados foram bons nos casos de isquemia leve ou moderada. De maneira geral, a sobrevida do paciente e da extremidade afetada piorou muito nos casos vistos tardivamente.

Concluem pela necessidade do diagnóstico precoce e tratamento adequado, recaindo no clínico a responsabilidade do diagnóstico inicial e orientação do caso para a terapêutica indicada, seja cirúrgica ou clínica.

**Punção percutânea transepática da veia porta. Portografia. Dados preliminares.** Drs. Luciano de Castro Silva, Ermettis Ferrarini, João Baptista São Thiago e Fábio Schmidt Goffi. — Os autores salientam que

frequêntemente se deparam casos em que se deseja medir a pressão portal em pacientes esplenectomizados. Não havia outro recurso senão a laparotomia para que a medida da pressão portal e a portografia pudesse realizar-se. Após rápidas considerações sobre a anatomia da veia porta, intra e extra-hepática, salientam ser possível fazer a punção percutânea transepática da veia porta. Descrevem a técnica, que consiste em, sob anestesia local, introduzir uma agulha de punção, de calibre 15 a 20 e de comprimento 120 a 200, ao lado direito da extremidade distal do apêndice xifóide, e formando um ângulo de 20° para a direita. Com uma seringa adaptada na agulha, ir-se-á aspirando à proporção que se introduz a mesma. O aparecimento de sangue sugere que a agulha penetrou em algum ramo da veia porta, o que poderá ser comprovado através de outros dados: portografia e eventual análise do sangue colhido. Conforme a angulação que se der à agulha, poderão ser punctionadas as veias supra-hepáticas, veia porta ou veia cava inferior. Através da agulha de punção poderão ser feitas: medida da pressão portal, portografias simples ou associadas à esplenoportografia, cateterismo da veia porta e colheita de sangue portal ou supra-hepático,

# SINTOMICETINA

*injetável*

(CLORANFENICOL SINTÉTICO LEVÓGIRO)

*frasco-ampola de 0,200 g*

*em todas as indicações do cloranfenicol,  
especialmente quando houver dificuldade  
para a administração oral ou retal.*



de grande importância para se estudar melhor a fisiologia do fígado.

A experiência atual com o método, ainda escassa, pois resume-se a 14

casos, não permite afirmações categóricas sobre o seu valor prático. Esperam, entretanto, no futuro, com maior casuística, fornecer outros informes.

## DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

Sessão em 11 de abril de 1958

Presidente: Dr. Vinícius de Arruda Zamith

**Epidermólise bolhosa distrófica tardia.** Drs. Vinícius de Arruda Zamith. — É apresentado um caso desta dermatose, relativamente pouco frequente, sobretudo em sua forma distrófica tardia. Trata-se de um homem branco, de 32 anos de idade, pedreiro, que há 2 anos notara o aparecimento de lesões vesiculosas e bolhosas, surgidas ao menor traumatismo ou pressão e localizadas nas faces laterais e dorso das mãos e dos dedos. Quando o traumatismo é de maior intensidade as lesões surgem quase instantâneamente. A maioria das lesões deixa sempre uma cicatriz indelével. O exame dermatológico mostra numerosas e pequenas lesões úlcero-crostosas, algumas hemorrágicas; há pontos de hiperpigmentação e formações esbranquiçadas, punctiformes e consistentes; há numerosas cicatrizes; o "sinal de Nikolsky" é positivo no dorso das mãos. O paciente não refere consanguinidade entre seus pais e desconhece casos idênticos entre parentes.

Atualmente está bem demonstrado ser esta afecção uma genodermatose de tipo dominante em sua forma simples, e de tipo recessivo em sua forma distrófica. O paciente esteve internado na 4.<sup>a</sup> Enfermaria de Medicina de Homens da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Serviço do Prof. Humberto Cerrutti).

**Radiodermites. Sua incidência num grupo de funcionários do Estado de São Paulo.** Dr. Napoleão Domite. — O autor apresenta uma série de observações, obtidas com o exame semestral que realizou num grupo de 402 profissionais, no decurso de 2 anos. Desses profissionais, cerca de 202 são médicos e os demais, dentistas e técnicos auxiliares de raios X. Até o presente, julga de maior interesse

os seguintes registros: 1) Presença de radiodermites apenas no grupo de médicos, praticamente. 2) Ausência de lesões de radiodermite nos profissionais com 10 ou mais anos de exercício da especialidade e que sempre se utilizaram de conveniente proteção. 3) Com raras exceções, as lesões tinham sempre por sede as mãos e os antebraços. 4) Quanto à gravidade pôde relacionar 15 casos brandos ou incipientes, 8 com lesões de média gravidade e 4 bastante graves. 5) Não foi observada nenhuma forma de radiodermite ulcerada. 6) Os afastamentos dos especialistas com radiodermite, do manéjo dos aparelhos de raios X, por períodos variáveis entre 6 e 18 meses, não determinaram senão discretas melhorias, nas formas mais sérias; ao contrário, nas formas brandas ou incipientes, esses afastamentos permitiram melhorias sempre acentuadas e mesmo a cura das lesões. 7) O uso adequado de proteção possibilita aos profissionais, de um modo geral, se conservarem livres de lesões de radiodermites, por tempo indeterminado.

**Eritrodermia com malignidade visceral. Apresentação de um caso.** Dr. Sebastião A. P. Sampaio. — Referências sobre a associação de eritrodermias exfoliativas com tumores viscerais malignos têm aparecido na literatura médica nos últimos anos. Esses fatos indicam a possibilidade de um processo maligno visceral determinar como manifestação um quadro eritrodérmico cutâneo. O autor relata observação feita na Clínica Dermatológica do Hospital das Clínicas (Serviço do Prof. Aguiar Pupo) onde este fato ficou bem comprovado. Paciente branco, com 54 anos de idade, foi internado em fevereiro de 1955, com um quadro de eritrodermia exfolia-

MODERNA TERAPÊUTICA DA HIPERTENSÃO

# ANSOLISEN

M & B

Bitartarato de pentapirrolidínio



AÇÃO DIRETA SÔBRE O MECANISMO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

EFEITO PROLONGADO

FÁCIL ABSORÇÃO — BOA TOLERÂNCIA



Hipertensão essencial ou diastólica,  
principalmente quando associada à cefalalgie, vertigens,  
crises de encefalopatia e asma cardíaca

Hipertensão associada à arteriosclerose ou hipertensão sistólica

Hipertensão associada a doenças renais

Distúrbios da circulação periférica, tais como os observados  
na doença de Buerger, doença de Raynaud, periarterite nodosa,  
acrocianose, eritromelalgia e na embolia arterial periférica



Frasco de 50 comprimidos dosados a 20 mg  
de bitartarato de pentapirrolidínio



*A marca de confiança*

## RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

R-195-356

tiva. Iniciara-se a moléstia com lesões eczematosas na nuca e couro cabeludo, generalizando-se em seguida. Diversos tratamentos feitos não trouxeram benefício algum. O exame clínico não revelou nada digno de nota, acusando o paciente únicamente disfagia. Durante o curso do seu internamento foi medicado com cortisona, além de outros tratamentos, sem resultados. Exames posteriores revelaram a existência de um carcinoma do esôfago, inoperável, e do qual veio o doente a falecer, alguns meses após o internamento. O exame post mortem confirmou o achado clínico de um carcinoma da cardia e extremidade distal do esôfago. Sucessivas biopsias de pele durante o tempo de internação demonstraram processo inflamatório crônico sem qualquer indício de malignidade.

O autor analisa as observações existentes na literatura sobre a associação de processos malignos viscerais com eritrodermia exfoliativa e conclui que esse fato vem sendo registrado com relativa freqüência, não se tratando de simples coincidências. Registra, assim, mais esta observação na qual o achado ficou perfeitamente demonstrado.

**Parapsoríase liquenóide.** Drs. L. M. Bechelli e W. P. Pimenta. — Os autores tiveram ocasião de observar, no Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, um paciente de 40 anos, branco, brasileiro, ferroviário aposentado, com manifestações clínicas correspondentes às observadas na parapsoríase liquenóide. A moléstia data de mais ou menos 18 anos, e vem resistindo a tóida medicação local e geral, com prurido em geral discreto e inconstante, chegando a passar cerca de 6 meses sem incomodar o doente; por vezes ele se intensifica quando da ingestão de certos alimentos ou de bebida alcoólica. Ao exame dermatológico foram observadas extensas placas constituídas de pápulas medindo em geral 1 mm de diâmetro, planas, tendo coloração rosada, eritemato-violácea ou pardacenta. Elas se dispõem em geral uma ao lado das outras, sem coalescerem. Em certas áreas apresentam ligeira descama-

ção. Algumas das placas encontram-se em fase regressiva, discretamente atróficas, percebendo-se no interior depressões punctiformes, atróficas, cicatriciais; o número de pápulas ainda presente é variável, sendo que, em uma delas, esses elementos são raros. Nas faces laterais do tronco as lesões tendem a assumir aspecto reticulado, tendo em suas malhas pele de aspecto atrófico. As placas confluiram, tomando extensas áreas do tronco e raízes dos membros. Ausência de lesões nas extremidades dos membros superiores e inferiores da bôca. Observam-se ainda na região escapular esquerda algumas lesões hipocrómicas tipicamente digitiformes. O exame histopatológico evidenciou discreta acantose em certas áreas, camada basal em geral nítida, um pouco desorganizada em alguns pontos, onde se nota certa vacuolização. No derma papilar há edema e infiltrado inflamatório de regular intensidade, prolongando-se até o derma médio em certas áreas. Há infiltrado em torno dos anexos (linfócitos, histiócitos e fibroblastos). Colágeno com degeneração basófila e granular. Segundo os autores o diagnóstico mais provável até o momento é o de parapsoríase liquenóide; o quadro histológico é semelhante ao descrito por Civatte, que julga ser possível reconhecer a moléstia apenas pelos cortes histológicos. Consideram o diagnóstico diferencial clínico e histológico. Todavia, jamais tiveram ocasião de observar a parapsoríase liquenóide, que, aliás, é a mais rara das variedades de parapsoríase: durante 1 mês no Hospital São Luís (Franca) um de nós (L. M. B.) pôde ver 9 casos de parapsoríase, sendo a maioria delas da variedade em placas. A etiologia não pôde ser esclarecida, sendo o paciente portador de elefantíase.

**Leishmaniose verrucosa.** Apresentação de um caso simulando cromomicose. Dr. Sebastião A. P. Sampaio. — Paciente branco, brasileiro, foi internado na Clínica Dermatológica do Hospital das Clínicas (Serviço do Prof. Aguiar Pupo), procedente do Norte do Paraná, com o diagnóstico de cromomicose. Apresentava lesões



**Novo**

**equipamento  
para administração  
parenteral**

**— máxima garantia de qualidade !**

Para ser usado uma única vez, o Equipamento para Administração Parenteral Baxter V14 é absolutamente:

- ★ Higiênico
- ★ Inviolável
- ★ Estéril
- ★ Apirogênico
- ★ Econômico

**Não permita reações pirogênicas em seus pacientes. Use exclusivamente os Equipamentos Baxter V14 - absoluta proteção contra qualquer contato com o meio externo.**

**Para administração de sangue, use o Equipamento Baxter V18  
- o mesmo equipamento com filtro de nylon.**

Fabricado no Brasil por:

**INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.**

Matriz: Rio de Janeiro - Rua Real Grandeza, 293 - Telef.: 46-8050 - Cx. Postal 3.705 - End. Teleg.: "Picot"

Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) — Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Ruy Barbosa, 168 - 170 - Telef.: 32-9626 - Enderêço Telegráfico: "Baxter"

verrucosas escalonadas no pé e perna esquerdos, datando de 10 anos. No calcanhar do pé direito havia uma lesão isolada verrucosa. Referia que a moléstia se iniciara pelo pé esquerdo, surgindo posteriormente outras lesões. O diagnóstico de cromomicose se apoiava no aspecto clínico das lesões e curso evolutivo, ainda que a lesão isolada do pé direito constituisse fato aberrante. Entretanto, exibia o doente exame histopatológico no qual se afirmava o diagnóstico de cromomicose, com referência do encontro do parasito. Em face d'este exame vários tratamentos, particularmente iodoetos, tinham sido administrados, tendo finalmente o doente procurado o Hospital, para tratamento cirúrgico. Por uma questão de rotina e em face da lesão aberrante, novo exame histopatológico

foi feito e com surpresa foi élé negativo para parasitos semelhantes aos cromomicetos. Estudo demorado desta lámina revelou algumas formações com aspecto de leishmârias. A reação de Montenegro então feita foi fortemente positiva e o tratamento específico antimonial determinou rápida cicatrização da lesão. Lesões orofaríngeas não foram encontradas. O caso apresenta interesse sob múltiplos aspectos. Primeiramente, a estreita semelhança clínica com cromomicose, depois o laudo histopatológico confirmando a suposição clínica e determinando o erro. Finalmente, o fato de existir uma lesão aberrante e a prática de uma biopsia de rotina, levando a completa elucidação do caso. E a solução feliz final, com a cura de um quadro que evoluíra durante 10 anos.

## DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Sessão em 28 de abril de 1958

Presidente: Dr. Paulo Gorga

**Tuberculose e gravidez. Considerações patogênicas.** Dr. Mozart Tavares de Lima Filho. — As relações entre tuberculose e gravidez têm sido analisadas, em geral, pelo estudo da tuberculose que engravidou ou da grávida que fica tuberculosa. Em ambos os casos, observam-se tuberculoses grávidas e não grávidas submetidas a tratamento. Conhecendo-se os múltiplos fatores que influem sobre a evolução da tuberculose é evidente que esta maneira de encarar o problema não nos permite uma noção precisa sobre a correlação existente entre ambos os estados.

Para uma avaliação correta seria necessário estudar a incidência da tuberculose em grávidas e não grávidas com características semelhantes quanto a outros fatores. Isto só seria possível pelo seguimento radiológico de mulheres sadias. Não encontramos na literatura médica nenhum trabalho neste sentido.

Pesquisas têm sido realizadas comparando a prevalência da tuberculose em grávidas e não grávidas em cadastrado abeugráfico sistemático. Vários

trabalhos são encontrados na literatura. Schaefer (1956), após citar várias estatísticas, conclui que os achados de tuberculose em grávidas, nos EE. UU. e na Inglaterra, giram entre 1,5 a 2,0%. Entre nós, Sznejder (1953) encontrou 2,13% de suspeitas de tuberculose em 553 grávidas examinadas no Rio de Janeiro. Aparentemente estes dados não diferem muito dos encontrados em não grávidas. Entretanto, elas foram realizados precocemente e os efeitos nocivos de um determinado fator sobre a tuberculose só se fazem sentir tardivamente. Neste sentido é interessante o trabalho de Cohen (1952), o qual, entre 221 grávidas tuberculosas, verificou que, em 55%, existia tuberculose antes da gravidez, em 13% a tuberculose apareceu durante a gravidez e em 32% mais de um ano após o parto.

Freqüentemente as formas malignas de tuberculose (tuberculose miliar e meningite) surgem logo após a gravidez. Assim, Nicholson (1931), numa investigação do passado de mulheres falecidas por tuberculose em

Detroit, verificou que o início da moléstia se dera dentro do primeiro ano após a gravidez em 27,4%, sendo que, no grupo das grávidas, em 80% os primeiros sintomas apareceram no primeiro ano após o parto.

As curvas de mortalidade por tuberculose na mulher mostravam, antes da era quimioterápica, nítida preponderância entre as mulheres de 15 a 30 anos, justamente a época de maior fertilidade feminina. Esta coincidência leva a pensar numa possível influência nefasta da gravidez sobre a tuberculose.

Experiências em animais têm sido realizadas em dois sentidos: 1) comparando a evolução da tuberculose experimental em animais grávidos e não grávidos; 2) indução de um estado humorai semelhante à gravidez. Em relação às primeiras experiências, embora alguns autores não tenham encontrado diferenças evidentes, a maioria concorda em que a evolução da tuberculose é mais rápida nos animais grávidos.

Os vários hormônios sexuais têm sido estudados experimentalmente em relação à sua influência sobre a tuberculose do animal. Na gravidez os dois hormônios principais são a gonadotrofina e os estrógenos. Segundo Lurie e col. (1949) o primeiro acelera o processo de evolução da tuberculose, enquanto o segundo retarda-o. Assim, no curso da gravidez, o foco tuberculoso latente é submetido a uma dupla influência: nos primeiros 4 meses, pelo excesso da gonadotrofina coriônica, ele sofre uma ação nefasta e, nos 5 meses seguintes, pela preponderância dos estrógenos, uma influência útil. Após o 1.º mês do parto o estrógeno sanguíneo cai precipitadamente, enquanto a gonadotrofina permanece acima do nível pré-concepcional, existindo novamente uma ação nociva.

Turner (1950), estudando 232 casos de tuberculose iniciados entre o começo da gravidez e o primeiro ano post partum, verificou que a maior eclosão de reativações dos processos tuberculosos sobreveio durante os 4 primeiros meses (com um máximo no 2.º e 3.º meses) e no curso do 1.º mês depois do parto.

De grande importância no estado gravido-puerperal são também os hormônios corticóides, desde que elas aumentam durante a gravidez, aumento este que é mais marcado nos 3 últimos meses. Segundo Browne, a gravidez seria verdadeiro Cushing fisiológico. Vários trabalhos mostram que a injeção de cortisona ou ACTH acelera a evolução da tuberculose no animal experimental (Spain e Molomut; Hart e Rees; Lurie e col.). Por outro lado, verifica-se que no homem são freqüentes os surtos de tuberculose em indivíduos submetidos a estes hormônios. Assim, a elevação dos corticóides durante a gravidez seria mais um fator para considerar a gravidez como prejudicial à tuberculose.

Como conclusão, pode-se dizer que as observações epidemiológicas e experimentais falam em favor de uma influência nociva da gravidez sobre a tuberculose, influência esta que nem sempre se traduz clinicamente, desde que a lesão tuberculosa depende de uma série de fatores, que atuam sinergicamente ou antagonicamente.

A importância prática da conclusão acima não deve ser subestimada. O diagnóstico precoce da tuberculose na grávida é uma necessidade imperiosa, pois é o tratamento das formas iniciais da moléstia que impedirá a ação nefasta do estado gravidopuerperal. O emprêgo do exame radiológico sistemático da grávida, pela abreugrafia, é medida de alto alcance médico e social, que necessita ser difundida.

**Tuberculose e gestação. Aspectos clínicos.** Dr. Carlos Comenale Jr. — Nos séculos em que a tuberculose constituiu uma verdadeira praga para a espécie humana o problema da gestante tuberculosa deu margem às mais disparatadas teorias e conclusões. Do período otimista de Hipócrates, que chegara mesmo a recomendar o matrimônio como cura da tuberculose, passou-se para um período de sombrio pessimismo, em que a interrupção da gravidez, a proibição do matrimônio e até amputações uterovirianas foram propostas com o fito de salvar as mulheres da tuberculose. Fossner, em 1925, no Congresso de Lausanne, começou a fazer

estudos comparativos entre grávidas e não grávidas, levando em consideração o que é fundamental: o estádio da moléstia. Verificou igualdade de percentagem de progressão da moléstia em ambos os grupos, variando unicamente em função da maior intensão da moléstia.

No estudo desse problema duas variáveis têm de ser levadas em consideração: de um lado, a tuberculose e, de outro, a gestação.

Diversos fatores influem na evolução da tuberculose: a raça, a idade, o grau de nutrição, esforços físicos e mentais, a resistência individual, a forma clínica (aberta, fechada, produtiva, exsudativa, unilateral, bilateral, etc.), o tratamento e assim por diante. Por outro lado, a gravidez, considerada geralmente como processo fisiológico, pode assumir aspectos de um verdadeiro processo patológico, tal a série de perturbações e complicações que pode acarretar.

Há ainda mais um fator de fundamental importância: é que, se para a gravidez possuímos meios de controlar ou evitar as complicações, para a tuberculose até há pouco tempo não tínhamos meios (ou eram muito escassos) de poder controlar sua atividade e evolução.

Não é de estranhar, pois, que, pretendendo relacionar dois fatos tão heterogêneos, surgissem também condições absolutamente opostas. É clássica a enumeração de condições benéficas e maleficas para a tuberculose que podem surgir no decorso da gravidez: fatores mecânicos, fatores endócrino-metabólicos, fatores bioquímicos, fatores imunalérgicos, fatores econômico-sociais, que não iremos estudar.

O advento dos antibióticos e quimioterápicos veio alterar completamente diversos destes pontos de vista, anulando-os quase completamente. Atualmente, que temos meios bastante energicos de tratar a tuberculose, estamos em condições de poder pô-la defronte à gravidez e verificar realmente quais os prejuízos que esta irá acarretar. Se, apesar de termos meios de tratamento, verificarmos que estes se tornam ineficientes frente a uma gestação, poderemos concluir que esta exerce realmente um papel

malefício frente à gestante tuberculosa. Antigamente, quando nos encontrávamos de mãos atadas para combater o mal, não podíamos culpar a gestação, quando a gestante apresentava sinais de evolução perfeitamente compatíveis com o quadro clínico e também notados em mulheres não grávidas.

Em trabalho estatístico que realizamos em 1949, fazendo um estudo da tuberculose e gestação entre 87 gestantes tuberculosas classificadas entre portadoras de tuberculose mínima, moderada e avançada, encontramos percentagens crescentes à medida que os casos eram mais graves, mas dentro da evolução costumava da moléstia. O problema da tuberculose da grávida é o mesmo da tuberculose não grávida.

A necessidade do diagnóstico precoce entre as grávidas deve ser considerado sob duplo aspecto: 1) o grupo das grávidas constitui amostra da população especialmente suscetível, não devido à gestação propriamente dita, mas devido ao grupo etário em que com mais frequência se dá e que coincide com o de maior incidência da moléstia; 2) sob o ponto de vista profilático, não só nos ambientes maternais que freqüentam, com o perigo de contaminação infantil, como do próprio produto concepcional que, nascendo indene de tuberculose, poderá contaminar-se pela própria mãe.

O diagnóstico precoce só poderá ser feito pelo cadastro abreugráfico das gestantes. Todo Serviço pré-natal deveria exigir da gestante o comprovante de um exame abreugráfico feito em dispensário, no de seu bairro, caso não possua abreugrafia no próprio Serviço. Uma coisa fácil de ser feita e que redundaria em grande benefício seria uma abreugrafia, defendendo ao mesmo tempo dois indivíduos.

Ao diagnóstico precoce deve-se seguir o tratamento precoce. Antes da era antibiótica o tratamento precoce era considerado em relação ao pneumotórax: a instalação devia ser precoce para que o parto alcançasse a paciente já com uma câmara bem formada, com as aderências seccionadas. Dumont já dizia que o problema

# STRYCHNANEURIN B<sub>12</sub>

(VITAMINA B<sub>12</sub>+VITAMINA B<sub>1</sub>+SULFATO DE ESTRICNINA)

*Tónico neuro-muscular por exceléncia*

Strychnaneurin B<sub>12</sub> 50 mcg

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

Strychnaneurin B<sub>12</sub> 100 mcg

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

Strychnaneurin B<sub>12</sub> 1000 mcg

(2 mg Sulfato de Estricnina + 100 mg Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

★

*Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos*

**LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S. A.**

Rua Pedroso de Morais, 977 — Fone 80-2171 — São Paulo

# INSTITUTO RADIOLÓGICO “CABELLO CAMPOS”

## **Radiodiagnóstico e Radioterapia**

*Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS*

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)

♦

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655

SÃO PAULO

não era tuberculose e gravidez, mas gravidez e colapsoterapia. Hoje podemos dizer que é gravidez e tratamento antibiótico e quimioterápico (estreptomicina e isoniazida). Colocada a paciente em repouso, preparado seu estado de espírito quanto à inocuidade da gravidez, deve-se iniciar o tratamento pela estreptomicina e isoniazida.

O prejuízo para o feto produzido pela estreptomicina, que tanto se temia, não foi comprovado. Hoje em dia a maioria dos autores é concorde em afirmar que não há prejuízo no nervo auditivo fetal após estreptomicinoterapia: a tolerância do feto é maior do que a do adulto e a dose de antibiótico que passa pela placenta é a metade da do sangue materno. A isoniazida, de efeitos ainda mais enérgicos, não oferece perigo em sua aplicação. No intuito de reduzir a resistência usa-se associar a estreptomicina à isoniazida, diminuindo as doses daquela.

O progresso obtido com as novas armas terapêuticas amplia o campo científico para as ressecções parciais ou totais do pulmão. Estas já foram realizadas no início da gestação sem qualquer prejuízo. Naturalmente, sempre que puderem, devem ser proteladas para o período após o parto.

Essa terapêutica ressecionista, assim como a colapsoterapia cirúrgica pela toracoplastia, estenderam o problema da tuberculose e gravidez também para as pacientes curadas. Pergunta-se freqüentemente como as pacientes toleram o parto sob o ponto de vista cardíaco-respiratório. Temos diversos casos de toracoplastia das que se submeteram aos labores da gravidez e do parto sem maiores problemas. Temos alguns casos de gestantes pneumotomizadas ou lobectomizadas, que também os toleraram sem maior dificuldade.

O cuidado pulmonar mais importante no pós-parto é não suspender a medicação e prolongá-la pelo menos por 6 meses após o parto nos casos mais favoráveis, recentemente negativados. Prosseguir mais ainda nos casos mais graves. O pneumoperitônia é um meio de que podemos lançar mão após o parto, não indiscriminadamente como muitos sugem-

rem, mas quando houver indicação ou se se verifica ação direta muito intensa sobre lesões abertas ou passíveis de se abrirem pelo brusco abaixamento do diafragma.

Só permitimos o aleitamento em pacientes com exames negativos já há algum tempo, de maneira que se pode ter certeza da realidade da negatividade. Um exame só, executado por ocasião do parto, não poderá ser considerado a menos que as imagens radiológicas sejam bem sugestivas da inatividade e se as informações prestadas ou trazidas pela doente forem dignas de fé. Daí a importância da gestante tuberculosa, ao ser enviada para um Serviço de Obstetrícia, ser acompanhada de farta documentação para que se possa ter uma orientação precisa.

O perigo do contágio no recém-nascido é grande e deve ser evitado a todo o custo. A gestante com baterioscopia positiva não deve em absoluto amamentar, não devido à possibilidade de passagem do bacilo através do leite, que já foi comprovado não existir, mas devido ao grau de contágio. Para evitar a produção de leite alguns autores contra-indicam a administração de hormônio folicular temendo surtos evolutivos. Nós na Casa Maternal sempre usamos este tratamento e nunca observamos uma coincidência de exacerbamento de focos com esta orientação. Os que não procedem assim preferem a faixa compressiva com brometo de cânfora.

A criança, imediatamente afastada, poderá ser vacinada pelo BCG dentro do 4.º dia. Exames poderão ser feitos com certa freqüência até o 6.º mês, especialmente se surgir alguma alteração na nutrição, no estado geral, icterícia, fazendo-se o teste tuberculínico no afã de se poder interceptar uma tuberculose congênita.

Em resumo, não se deve pensar nem que uma gestação irá levar a tuberculosa à cura, nem que a tuberculosa deva constituir uma condenação à morte da gestante. A tuberculose na gestante responde ao tratamento da mesma forma que na mulher não grávida. O que é preciso é conduzi-la com energia e precisão.

Os esforços do parto poderão influir no progresso da lesão, excepcionalmente produzindo evoluções anômalas da moléstia.

E' preciso assistir à gestante mesmo após o parto, de maneira a se poder prosseguir o tratamento dentro das

normas da terapêutica antibiótica e do repouso que deve seguir.

Se não se pode recomendar a gestação à tuberculosa, não se deve também encará-la, quando sobrevier, de maneira alarmante, causando desassossego à paciente.

## DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Sessão em 7 de abril de 1958

Presidente: *Dr. Victorio Maspes*

**Sôro humano anti-A<sub>2</sub>.** Dr. Ruy Faria. — O autor relatou a existência de um sôro anti-A com alto teor de Anti-A<sub>2</sub>, cujo título era maior que o título de Anti-A<sub>1</sub>. O anticorpo anti-A<sub>2</sub> era de tipo imune, sendo revelado nos dois últimos tubos de titulação pela prova de Coombs indireta. Não foi possível descobrir a causa da iso-imunização da doadora do sôro. O título de anti-A<sub>1</sub> era de 236-512, tendo o de anti-A<sub>2</sub> atingido 2048. O sôro em estudo não teve qualquer ação sobre glóbulos do grupo O. A doadora do sôro era do tipo BcDE/cDE MN<sub>1</sub>ppkkFybLebH. A prova crucial da especialidade anti-A<sub>2</sub> elevada do sôro foi feita absorvendo-o com hemácias A<sub>1</sub>, tendo ele continuado a aglutinar hemácias A<sub>2</sub>, fato absolutamente excepcional entre os sôros do grupo B.

**Serotonina: papel na hemostasia.** Drs. Cecy Barros, Therezinha Verrastro e Michel Abu Jamra. — Desde 1869, quando surgiram os primeiros trabalhos a respeito da ação constriutora do sôro humano, vários pesquisadores, como Espamer, Uden-

friend, Rapaport, Zucker demonstraram a sua localização nas plaquetas. Estas teriam, além da ação tromboplástica, da retração do coágulo, uma ação sobre a constrição do vaso, dada pela substância identificada como serotonina, vasotonin ou 5-hidroxitriptamina. Na formação dessa substância ficou provado que interfere o triptofano e como metabolismo final é encontrado ácido 5-hidroxiindol-acético eliminado como tal na urina.

As determinações da serotonina em várias hemopatias não foram concordantes, podendo-se dizer que, nas hemopatias hemorrágicas, não há paralelismo entre a gravidade da perda sanguínea e a quantidade de serotonina. Os métodos ainda estão em estudo, não se podendo concluir sobre os mesmos. No Serviço de Hematologia do Hospital das Clínicas, usando a 5-hidroxi-triptamina em indivíduos normais e com tempo de sangramento muito aumentado, observamos que havia uma diminuição significativa do tempo de sangramento, principalmente nos casos patológicos.

## DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão em 7 de abril de 1958

Presidente: *Dr. Leonidas de Mello Deane*

**Encontro de novo hospedeiro de tripanossomo do tipo cruzi na Região Amazônica.** Dr. Leônidas M. Deane. — Procurando obter estípites de tripanossomos do tipo cruzi de animais silvestres, o autor examinou, em ja-

neiro e fevereiro de 1958, mamíferos capturados em matas dos Municípios de Belém e Ananindê (Estado do Pará). O exame a fresco do sangue de 129 desses animais (incluindo quirópteros, roedores, desdentados e

marsupiais), só revelou a infecção de 1 morcego, mas o xenodiagnóstico (com *Rhodnius prolixus*), feito em 106, permitiu evidenciar o parasitismo em 12. Estes compreenderam 7 morcegos, 2 tatus, 2 gambás e 1 "rato d'água". Provavelmente *Nectomys squamipes amazonicus*, roedor que não havia sido anteriormente assinalado como hospedeiro de tripanossomos do tipo *cruzi*. No sangue e vísceras desse "rato d'água" o autor não achou parasitas, mas os flagelados encontrados no tubo digestivo dos triatomídeos que o sugaram são morfológicamente indistinguíveis das formas correspondentes do *Trypanosoma cruzi*.

Inoculando aquêles flagelados em camundongos, o autor obteve a infecção destes, com parasitismo intenso, eventualmente mortal. Os tripanossomos sanguíncolas bem como as formas em leishmânia e critidíia encontradas nos esfregaços e cortes das vísceras desses animais, coincidem com o *T. cruzi* por seu aspecto, conforme ilustrado por microfotografias mostradas. O mesmo foi observado em relação às formas culturais, em meio de Novy-McNeal (técnica de Packchanian).

O autor informa estar efetuando investigações adicionais, para esclare-

cer melhor a identificação do tripanossomo em apreço, bem como dos albergados pelos outros mamíferos e referidos no presente estudo.

Primeiro encontro de ovos de *Fasciola hepatica* em inquérito helminhotológico de populações brasileiras (Campo Grande, Mato Grosso). Dr. L. Rey e colaboradores. — Durante a realização do inquérito helminhotológico levado a efeito, em Mato Grosso, pela 1.ª Bandeira Científica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi observada a presença de ovos de *Fasciola hepatica* nas fezes de uma criança de 3 anos de idade, natural do Município de Campo Grande, onde reside em propriedade agrícola da zona rural.

Trata-se do primeiro encontro desse gênero já registrado no Brasil.

Sendo a fasciose hepática do gado bastante disseminada no Sul e Oeste do Brasil, sua ocorrência como doença do homem parece ser o resultado da penetração da agricultura, especialmente da agricultura de subsistência, nas áreas outrora exclusivamente criadoras. E' de se prever, portanto, a multiplicação dos casos da distomatose com o aumento do plantio e consumo de agrião naquele área do País.

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão em 30 de abril de 1958

Presidente: Dr. Wanderley Nogueira da Silva

**Nova síndrome cianótica na esquistossomose devida a fistulas arteriovenosas esquistossomáticas (Nota prévia).** Drs. João Valente Barbas Filho, José Lopes de Faria, T. Fujioka e Ulysses de Andrade e Silva. — Os autores apresentaram um caso de esquistossomose hepatosplênica em que a paciente mostrou, no último ano, dispneia de esforço e cianose progressiva e intensa. O exame semiológico do pulmão, a radiografia do tórax e o electrocardiograma achavam-se dentro dos limites da normalidade.

A exploração funcional dos pulmões permitiu concluir sobre a exis-

tência de fistula ou fistulas arteriovenosas pulmonares, hipótese esta que foi confirmada pela angiografia. O cateterismo mostrou pressão normal na artéria pulmonar e débito cardíaco aumentado. A biopsia de pulmão revelou esquistossomose pulmonar e várias fistulas formadas entre os pequenos ramos da artéria pulmonar e as pequenas veias pulmonares. Essas fistulas são causadas, segundo pesquisas anteriores de um dos autores (J. L. F.), pelos próprios ovos de esquistossomo.

A dispneia e a cianose apresentadas pela paciente explica-se por meio dessas micro-fistulas arteriovenosas.



**Climax**



**Thiaminose**

VITAMINA B<sub>1</sub>  
VITAMINA C  
SÓRIO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS  
ULCERAS GASTRO DUODENAS  
AFECÇÕES HEPÁTICAS  
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO  
*Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm<sup>3</sup>*

**JABORATÓRIO CLIMAX S.A.**

10405

E' o primeiro caso relatado na literatura de esquistossomose pulmonar *sem cor pulmonale*, diagnosticado em vida, em que, ao lado da sintomatologia própria da esquistossomose hepatosplênica, apresentava a paciente como sinal dominante a cianose.

O conjunto dos dados clínicos e dos exames subsidiários (provas funcionais do aparelho respiratório, angiografia, cateterismo intracardíaco e biopsia do pulmão) permite individualizar uma nova síndrome cianótica na esquistossomose.

**Apresentação de um caso em que é aventada a hipótese de "espasmo coronariano".** Dr. Nemésio Bailão. — Trata-se de um paciente brasileiro, de 58 anos, portador de hipertensão arterial (max. 200 mm Hg), atendido no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas com uma queixa epigástrica com 5 horas de evolução e intensa sudorese. Durante a obtenção do primeiro electrocardiograma apresentou dor muito forte no precôrdio e cianose com sensação de morte iminente. Nesse momento o traçado se alterou profundamente, exibindo grande corrente de lesão nas precordiais.

Repetiu-se o electrocardiograma, notando-se então que também as derivações dos membros apresentavam alterações correspondentes, o que não ocorreu no primeiro traçado, dando a impressão de que o fenômeno ocorreu de súbito, exatamente no momento em que no primeiro electrocardiograma obtínhamos as precordiais. Sedado com apenas uma ampola intramuscular de Spasmal-

gina, o paciente melhorou dos sintomas referidos. Um terceiro traçado, obtido meia hora depois, não apresentava nenhuma alteração sugestiva. Posteriormente, o paciente faleceu e a necropsia não revelou qualquer sinal de enfarte do miocárdio.

**Bases electrofisiológicas para a interpretação vectorial e morfológica do electrocardiograma. Primeira parte.** Drs. Ennio Barbato, Fulvio Pileggi, Antônio Carlos Debes, T. Fujioka e Luiz V. Décourt. — Os autores utilizaram neste trabalho 20 pacientes com coração normal e 30 com hipertrfia ventricular esquerda, direita ou combinada, submetidos à toracotomia por doenças pulmonares ou cardíacas. Registraram nos mesmos derivações epicárdicas diretas e derivações torácicas múltiplas.

Demonstram a presença de estreita relação entre a superfície torácica e a superfície epicárdica, permitindo concluir que a transmissão das forças elétricas de uma a outra superfície se faz por todos os órgãos torácicos, inclusive pulmões, sem distorção apreciável na prática. Essa semelhança justifica o tipo de interpretação morfológica comumente feita, na qual se referem determinadas morfologias observadas no tórax a determinadas zonas do epicárdio (interpretação topográfica). Isso não significa, porém, que as morfologias obtidas no epicárdio sejam geradas apenas pelo tecido muscular subjacente; em outras palavras, não interfere com a interpretação vectorial do electrocardiograma. Ambas as interpretações são perfeitamente legítimas e superponíveis.

## DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

Sessão em 8 de abril de 1958

Presidente: Dr. Durval B. Marcondes

**Paralelo entre a psicoterapia individual e a de grupo.** Dr. Bernardo Blay Neto. — O autor não se preocupa em estabelecer polêmicas quanto ao mérito das duas terapêuticas. O objetivo principal apenas é o de estabelecer paralelos.

A diferença básica entre a psicoterapia individual e a de grupo reside no número de pessoas que participam da situação terapêutica. No primeiro caso, psicoterapia individual, a relação é bipessoal, terapeuta — paciente. No segundo caso,



*ATELOR*  
*ROCHE*

*ANTIMICÓTICO*  
*INODORO*

Pó — Pomada — Solução

psicoterapia de grupo, a relação é multipessoal, terapeuta-pacientes.

Quando um grupo de pessoas se reúne aparece o fenômeno da interação. Esta é representada pela ação recíproca que um componente do grupo provoca no outro. Desta interação nasce uma nova estrutura, configuração grupal, cujas características diferem das características dos indivíduos que a originaram.

Na situação bipessoal a interação é unidirecional, do paciente para o terapeuta ou do terapeuta para o paciente. Na situação multipessoal, a interação é multidirecional, de paciente para paciente, paciente para terapeuta ou então simultaneamente com dois indivíduos do grupo. O terapeuta sofre no grupo o impacto dos componentes, que podem despertar nêle sentimentos pessoais, que se projetarão no grupo (contratransferência). No grupo, este fenômeno tem maior possibilidade, comparando-se com a situação individual, dado o maior número de pessoas envolvidas na situação terapêutica.

São estudados dois dinamismos próprios do grupo: reação circular e universalização. O primeiro é responsável pela tensão mais elevada das emoções e sentimentos que se manifestam no grupo, comparando-os com as tensões na situação individual. A segunda é responsável pelo afrouxamento das resistências, dado o compartilhamento dos sentimentos de culpa.

Os aspectos econômicos da situação individual e de grupo são focalizados. O grupo, em virtude de sua acessibilidade econômica, permite a classes menos favorecidas se beneficiar da psicoterapia, quando necessitadas.

Conclui-se considerando que não há antagonismo entre as duas modalidades de terapêutica. Completam-se, as conquistas de uma beneficiam a outra.

**Técnica de psicoterapia de grupo.**  
Dr. Oscar Rezende Lima. — O que

se tem em vista é examinar sumariamente alguns problemas que a psicoterapia de grupo apresenta ao psicoterapeuta já experimentado em psicoterapia individual interpretativa.

Em psicoterapia de grupo, o material a ser interpretado é fornecido por vários pacientes. Para as dificuldades que daí decorrem são duas as principais soluções propostas. Uma delas consiste em homogenizar o grupo, em constituí-lo com pacientes que se assemelham pelo sexo, pela idade, pelo nível social e cultural, pela doença, etc.; a interpretação do material fornecido por um dos pacientes aproveitaria também aos outros, pela ressonância. A outra, das duas soluções em exame, inspira-se em fatores de que depende a escolha espontânea de líderes; a escolha espontânea de um líder é função de algo comum aos membros do grupo; esse algo comum é o material a ser interpretado; a interpretação, que dêle se utiliza, não se relaciona diretamente com um dos pacientes mas com o grupo, é coletiva.

Os que adotam esta solução divergem num ponto fundamental. Alguns entendem que a interpretação, para ser eficaz, não pode deixar implícita a relação existente entre as emoções experimentadas no presente e emoções, da mesma natureza, experimentadas em episódios da infância. Entendem outros que sim, pois a psicoterapia de grupo facilita a comparação entre o mundo interno, fantasiado, e o mundo externo, real.

Para cada paciente, os demais assumem o papel de seus objetos internos, fantasiados, arcaicos, ao mesmo tempo em que o terapeuta aparece como objeto real, externo. Essa comparação exerceia efeito mutativo sobre os objetos arcaicos e seria, por conseguinte, de valor terapêutico. Em consequência, aspectos genéticos, elementos históricos seriam dispensáveis na interpretação, em psicoterapia de grupo.

**PHILERGON — Fortifica de fato**  
**UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES**

# anador

o analgésico  
límite

antes de  
recorrer  
los entorpecentes



INSTITUTO DE ANGELI DO BRASIL

# anador

DE ANGELI

Novo analgésico - espasmolítico - antitérmico  
desprovido de ação entorpecente.

O ANADOR DE ANGELI, associação de

- Um analgésico central: DIPIRONA
- Um vagolítico: ADIFENINA
- Um antistamínico: DIFENIDRAMINA

Novo analgésico não entorpecente de elevada atividade.  
O meio mais eficaz a disposição do médico antes de recorrer aos  
opiáceos e morfina-semelhantes sintéticos.

Tubo com 12  
comprimidos



1 a 2 comprimidos  
1 a 3 vezes ao dia.

Caixa com 5  
ampolas



1/2 a 1 ampola  
1 a 3 vezes ao dia.  
Via Intramuscular

Tubo conta-gotas  
com 15 cm<sup>3</sup>



30 a 60 gotas  
1 a 3 vezes ao dia.



**Instituto De Angeli do Brasil**

PRODUTOS TERAPÉUTICOS S. A.

RUA JOAQUIM TÁVORA, 519 — SÃO PAULO

## Sessão em 18 de abril de 1958

(Conjunta com o Serviço de Estagiários do Hospital das Clínicas)

Presidente: Dr. Durval B. Marcondes

**Dados clínicos mais importantes para o diagnóstico diferencial de afecção vascular intracraniana aguda.** Dr. Horácio M. Canelas. — Os acidentes vasculares cerebrais agudos se caracterizam geralmente pelo icto ou apoplexia: ambos são definidos como distúrbio integral da consciência, motricidade e sensibilidade. Mas podem ocorrer formas frustras de ictos. Há formas atenuadas, em que os distúrbios da consciência se instalam posteriormente aos sinais motores ou que fazem de maneira progressiva. É de interesse se assinalar que os processos localizados na porção inferior do tronco encefálico em geral não levam a distúrbios de consciência tão acentuados como os da porção supramesencefálica. Isso porque um processo situado no bulbo, por exemplo, não atua nocivamente sobre os núcleos reticulares nem sobre as vias corticorrectilares e reticulocorticais, que são responsáveis pela manutenção da vigília. Quanto à motricidade, é frequente, exceto nos comas profundos, não haver distúrbios globais: tendem mais a ser unilaterais. Por outro lado, nos processos corticais, além de hemianestesia há dissociação da sensibilidade. É ponto importante salientar que o *íncio súbito do coma não éapanágio do icto vascular cerebral*.

Perante o doente em coma, iniciamos o exame pelo interrogatório dos familiares: esta parte por vezes fica prejudicada em Pronto Socorro, quando o paciente se apresenta sem acompanhantes. Esses dados são fundamentais e, às vezes, imprescindíveis. Deve-se anotar o íncio abrupto do quadro ou se houve sinais prodromicos, se havia cefaléia ou outros sinais de hipertensão intracraniana precedendo o icto; se o processo se iniciou com convulsões ou se estas acompanharam o coma; se houve febre, se o distúrbio da consciência foi precedido de disfasia ou parastesias transitórias. Esses elementos orientam bastante o diagnóstico, no

sentido de se afastar o acidente vascular cerebral. É importante se interrogar também sobre os fatores desencadeantes, seja esforços musculares, seja a defecação, seja o coito, em particular. A existência de fatores emocionais precedendo o icto deve ser pesquisada. Os fatores vegetativos também são importantes: exposição prolongada ao sol, banho frio.

A terapêutica anterior é importante; assim, pacientes submetidos à cura digitálica podem apresentar embolias na fase de fibrilação. Exames de laboratórios feitos anteriormente também devem ser investigados, pois punções, particularmente lombares, em pacientes com hipertensão intracraniana podem levar a engasgamento das amígdalas cerebelares e coma. Também importante é a averiguação dos antecedentes mórbidos, hipertensão arterial, sifilis, etc.

O exame objetivo do doente é às vezes o único elemento com o qual se pode contar; por isso, os dados têm que ser devidamente analisados e interpretados. Podemos encontrar certas atitudes características. Em geral, na fase inicial há hipotonia com "pé de cadáver" de um lado. Mais raramente pode haver rigidez de decorticção (flexão dos membros superiores e extensão dos inferiores) nas lesões supramesencefálicas ou rigidez de decerebração (hiperextensão nos quatro membros) que aparece nos processos submesencefálicos. Quanto à fácie, na hemorragia cerebral há o tipo do "fumador de cachimbo", sendo também importante o desvio oculocefálico (o paciente "olha" a lesão).

*A)* Deve-se avaliar a profundidade do coma. Diz-se que é do 1.º grau, quando o paciente apresenta sonolência mas responde às perguntas; de 2.º grau, obnubilação ou torpor, se nada informa mas reage aos estímulos dolorosos; de 3.º grau, quando há inibição completa da consciência, motricidade e sensibilidade. Impor-

tante é a pesquisa do reflexo da deglutição: no 1.º grau o paciente ainda suga o líquido da colher e deglute, no 2.º grau não suga mas deglute após algum esforço; no 3.º grau o líquido refluí. O estímulo doloroso é feito através da manobra do beliscamento: no 1.º grau o paciente localiza o estímulo, reagindo com gemidos e movimentação; a manobra deve ser feita de ambos os lados, pois pode haver hemianestesia; deve-se observar também a simetria dos movimentos de resposta. No 2.º grau só reage com gemidos e, no 3.º grau, só apresenta reações vegetativas, como aceleração do pulso, da respiração, dilatação pupilar. Entre os sinais vegetativos indicativos da profundidade do coma destacam-se a hipertermia progressiva, a irregularidade do pulso e pressão arterial e os distúrbios respiratórios, como taquipneia, crises de apneia e ritmo de Cheyne-Stokes (principalmente). São sinais neurológicos de gravidade: midriase bilateral sem reflexos à luz, falta de conjugação dos movimentos do olhar, movimentos pendulares dos olhos e abolição bilateral do reflexo corneano.

B) Os sinais meníngeos devem ser sempre pesquisados. A presença de rigidez de nuca sem Kernig e Brudzinski poderá indicar não uma meningite, mas um processo de hipertensão intracraniana com engasgamento das amígdalas cerebelares. No coma profundo esses sinais desaparecem.

C) Quanto à motricidade, já vimos o que ocorre com a manobra do beliscamento. Na face deve-se fazer a manobra de Pierre Marie-Foix (compressão da porção posterior ao ramo montante da mandíbula) para evidenciar desvios da boca. Geralmente, no que se refere ao tono, há hipotonía na fase aguda, o que é verificável nas manobras de movimentação passiva. A instalação precoce de hipertonia é sinal de maior gravidade ou de lesão mais profunda. Quanto aos reflexos também se apresentam inibidos na fase inicial, com hipo ou arreflexia, devendo ser sempre pesquisados os cutâneo-abdominais; à pesquisa dos cutaneoplantares encontra-se o sinal de Babinski,

uni ou bilateral (este geralmente nos casos de hemorragia com inundaçāo ventricular).

D) Sinais oculares: A midriase aparece do lado da lesão (talvez devido a lesão cortical propriamente dita). O fundo de olho mostra o estado das papilas e da circulação retiniana, o que pode orientar em relação ao diagnóstico do coma.

O diagnóstico diferencial entre os diversos tipos de coma demandaria muito tempo. Abordaremos apenas os comas sem sinal de localização. Com o coma barbitúrico e pelo monóxido de carbono, o diagnóstico diferencial é muito difícil sem os dados de anamnese e de laboratório. Os comas metabólicos em geral se instalam mais lentamente, com exceção principalmente do hipoglicémico: o coma azotêmico se caracteriza por hipotermia, palidez, ritmo de Cheyne-Stokes e odor amoniacal; no coma diabético há hipotermia, desidratação, odor cetônico, hipotensão, respiração de Kussmaul; no coma hipoglicémico podem ocorrer convulsões e sinal de Babinski. No coma pós-traumático interessa saber se ele é devido ao traumatismo ou a acidente vascular cerebral que tenha ocorrido imediatamente antes, levando à perda de consciência e queda. Em indivíduos idosos deve-se pensar primeiro em processo vascular. O coma pós-epiléptico em geral é de curta duração; notam-se cicatrizes antigas pelo corpo, mordeduras de língua, urina nas vestes. No estado de mal, aparecem convulsões subintensas, que farão o diagnóstico, embora possam aparecer convulsões nos acidentes vasculares cerebrais, mas nestes casos tendem a ser localizadas. Quando se está diante de um paciente com reações meníngeas sem outros sinais de localização, torna-se difícil diferenciar entre meningite e hemorragia meníngea; a punção, após oftalmoscopia, dá o diagnóstico.

Os comas com sinais de localização muito precisos falam a favor de processo tumoral ou de abscesso cerebral; com muita frequência há hemorragia intra ou peritumoral, o que concorre para mascarar o quadro. Também a idade é importante, pois

## “NOTAS DE FITOTERAPIA”

Catálogo de plantas utilizadas em Medicina e Farmácia. Dados principais: origem, sinonímia, parte usada, principais caracteres e constituintes químicos, usos farmaco-terapêuticos, formas farmacêuticas habituais, posologia, preparações extemporâneas obtidas de extrato fluido, etc. Seguido de memento terapêutico e índice poliglota.

**1.ª edição — 1942 (esgotada).**

FARMCO. RAUL COIMBRA

**2.ª edição (revista e aumentada) 1958 — pelo**

PROF. FARMCO. E. DINIZ DA SILVA,

(Catedrático de Farmácia Galênica e Livre-docente de Farmacognosia na Universidade do Brasil).

432 páginas • Preço: Cr\$ 400,00

~ ☆ ~

*Edição do*

**LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAÚJO S. A.**

Caixa postal, 163. End. Telegr. “BIOLABO” — Rio de Janeiro.

Em São Paulo pedidos a nossa filial à Rua Teixeira Leite, 292.

os indivíduos jovens necessitam de maiores cuidados no que diz respeito ao diagnóstico diferencial do coma que os idosos; nos jovens, pensar sempre na possibilidade de rotura de malformação vascular intracraniana.

Dados clínicos e laboratoriais mais importantes para o diagnóstico diferencial entre os diferentes tipos de acidentes vasculares cerebrais agudos. Dr. Paulo Pinto Pupo. — De início o autor delimita o assunto ao período agudo do icto, cingindo-se a discorrer sómente sobre o que ocorre na fase aguda do estabelecimento do distúrbio circulatório cerebral e qual a sintomatologia decorrente. Para melhor compreensão dessa sintomatologia o autor tece algumas considerações sobre a fisiopatologia de tais distúrbios, mostrando os fatos capitais dos quais deve decorrer a orientação terapêutica.

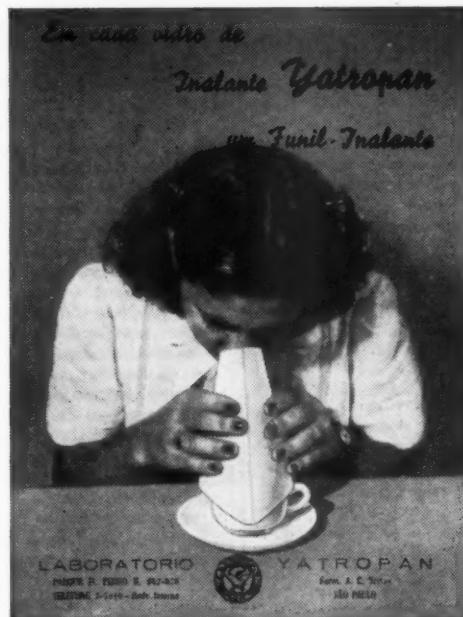
Discutindo esse problema o autor considera que o icto é o ponto culminante da falência circulatória cerebral, a qual, em determinado setor, sobressa comumente, acarretando o estabelecimento de enfarte. A circulação cerebral, mercê da imensa capacidade de seus mecanismos de suplência pela circulação colateral do mesmo hemisfério, do hemisfério oposto ou mesmo da circulação dependente da carótida externa, assim como suplência pelos mecanismos locais, particularmente desencadeados pelos fatores químicos decorrentes da anoxia, funciona em geral como um todo. Os distúrbios circulatórios cerebrais, quando se processam, em geral determinam mudanças da circulação em todo o hemisfério, ou mesmo em todo o cérebro, e como tais devem ser considerados na clínica. Diante do paciente não é possível se cingir ao raciocínio simplista de um pequeno vaso que se oblitera. Não é isso que se dá. Qualquer vaso, mesmo que se oblitera (o caso por exemplo da embolia) desencadeia uma série de fenômenos gerais de suplência circulatória e, particularmente, fenômenos locais de vasodilação com finalidade de suplência circulatória, que vêm envolver os territórios vizinhos do parênquima nervoso. Tanto mais intenso esse distúr-

bio circulatório, tanto mais extenso o território assim comprometido.

Diante do paciente, na fase aguda, não tem sentido estar se discutindo se se trata de uma "embolia", de uma "trombose" ou de uma "hemorragia" cerebral, como vemos nos tratados clássicos. O que se processa é o enfarte, mercê de tôdas essas reações desencadeadas pela anoxia de determinado setor do parênquima nervoso. Se a circulação colateral (geral ou local) não foi suficiente para impedir a anoxia por determinado tempo, o que se processa é a desintegração do parênquima nervoso nesse setor, é a quebra do equilíbrio osmótico e dinâmico entre o meio intra e o extravascular, com consequente transsudação e diapedese das hemácias. O fenômeno congestivo domina o campo. O edema do parênquima nervoso circunjacente tende a "ocupar espaço" e a funcionar como um verdadeiro "tumor intracraniano", as micro-hemorragias tendem a concluir e a formar verdadeiras "hemorragias" intraparenquimatosas. A proximidade desse enfarte hemorrágico do sistema ventricular ou do espaço aracnóideo, determina ou não a sua abertura para tais cavidades e o estabelecimento da "verdadeira hemorragia cerebral" no sentido clássico.

O enfarte cerebral, na grande maioria dos casos, é hemorrágico, pelo menos em sua fase inicial. Em particular, os pequenos enfartes e os enfartes em indivíduos relativamente jovens e normo ou hipertensos, o são, dada a capacidade de suplência circulatória de sua rede vascular. Os enfartes brancos, mais raros, sómente aparecem quando a oclusão se processa em um vaso relativamente grande e do qual depende a extensa área cerebral onde a suplência da circulação colateral não é suficiente, não chegando a tempo de evitar o enfarte, ou, então, nos indivíduos muito idosos, nos em que a rede arterial está muito afetada pela arteriosclerose, comprometendo essa circulação colateral, ou ainda nos casos de indivíduos que apresentam queda de pressão arterial, com falência da circulação cerebral.

Procurando documentar estes pontos de vista, o autor projetou vários



## EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

I – Anatomia, Embriologia e Histologia. II – Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. III – Endocrinologia. IV – Microbiologia e Higiene. V – Patologia Geral e Anatomia Patológica. VI – Medicina Geral. VII – Pediatria.	VIII – Neurologia e Psiquiatria. IX – Cirurgia. X – Obstetricia e Ginecologia. XI – Oto-rino-laringologia. XII – Oftalmologia. XIII – Dermatologia e Venerologia. XIV – Radiologia. XV – Tuberculose.
--	--



*Pedidos de assinaturas para:*

111, KALVERSTAAT – AMSTERDAM C. – HOLANDA

diapositivos de cortes anatômicos e histológicos de casos de enfarte recente, mostrando a dominância do aspecto congestivo, assim como dois casos de trombose antiga da carótida, em que o enfarte se deu recentemente só no território da silvana, demonstrando com isso o caráter essencialmente dinâmico, e não simplesmente por distúrbio local, da falência circulatória cerebral. Apresentou ainda, em diapositivos, os resultados obtidos no Serviço de Neurologia da Escola Paulista de Medicina, fazendo estudos electrencefalográficos em 170 pacientes que sofreram distúrbios circulatórios cerebrais. Nos mais variados tipos de "icto", em sua fase aguda, o EEG mostra sempre um sofrimento geral do parênquima nervoso do hemisfério afetado ou mesmo de todo o cérebro, mostrando que em todos eles houve modificações gerais da circulação cerebral e, não, simples processo local, no território do vaso lesado.

Na grande maioria dos casos é isso que se passa. Os casos de rotura de aneurisma intraparenquimatoso são quase excepcionais. Os aneurismas extracerebrais, que determinam hemorragia meníngea, não foram tratados por fugirem à delimitação do assunto.

Assim sendo, na fase aguda a clínica deve orientar-se para o reconhecimento de que se trata de um enfarte congestivo ou de um enfarte anêmico, pois a orientação terapêutica em ambos os casos é quase diametralmente oposta.

No *enfarte congestivo* a presença dos sinais premunitórios é mínima: simples tonturas ou estado vertiginoso mais duradouro e, em seguida, inconsciência e coma. Fácies congesta, indivíduo pletórico, hipertensão arterial, convulsões, rigidez de nuca, vômitos, sinais de cone de pressão do cérebro sobre o tronco cerebral (anisocoria, bradicardia ou mesmo taquicardia, distúrbio do ritmo cardíaco e do respiratório), aparecimento de sinal de Babinski, retinopatia hipertensiva, agravamento rápida e progressiva do quadro clínico, é a sequência mais comum nos casos graves. Nos casos mais leves, alguns ou vários desses elementos podem ser encontrados e

os aspectos de inquietude, céfaléia, agitação, ansiedade do paciente, é sempre o elemento clínico evidente.

No *enfarte não congestivo* os sinais premunitórios são proeminentes, precedem de horas ou de dias o estabelecimento do quadro clínico de hemiplegia ou hemiparesia, e se apresentam como parestesias, fraqueza de segmentos dos membros ou mesmo da face, distúrbios da fala, instáveis em sua intensidade, e a hemiplegia vai-se instalando lentamente, o indivíduo consciente, assistindo o que se passa. Em geral são pacientes idosos, arterioscleróticos avançados, hipotensos arteriais, se apresentam apáticos e evoluem para o mutismo, para a sonolência e, assim, para o estabelecimento do quadro clínico-neurológico completo. O que os distingue mais nitidamente do grupo anterior é a inexistência do quadro vegetativo grave acima descrito.

Os sintomas descritos para ambos os tipos se referem aos extremos opostos típicos. Infelizmente, na prática diária, há muitos casos intermediários, que o clínico não pode bem reconhecer de início. Para êsses, a observação clínica detalhada em evolução, assim como o recurso de meios subsidiários de exame, tal como o EEG, trazem elementos valiosos de diagnóstico, que permitem mais segura orientação terapêutica.

Quanto aos exames auxiliares de laboratório, ficam adstritos, nessa fase aguda, ao electrencefalograma e ao exame do líquor. O EEG mostra sempre sinais evidentes de sofrimento atual do parênquima nervoso, mais intenso na área do enfarte; menos intenso, mas mais difuso nas áreas circunvizinhas, geralmente tomadas pelo edema. O recurso da injeção intravenosa de soluções hipertônicas é um ótimo meio de elucidação para se diferenciar o que depende do edema e o que depende já de sofrimento do parênquima nervoso por lesão constituída. O EEG em evolução, nas horas ou nos dias subsequentes, tem grande valia para o diagnóstico da evolução do distúrbio circulatório e mesmo para a orientação terapêutica. Serve ainda magnificamente para o prognóstico clínico do caso, pois, se as alterações elec-

trencelograficas não tendem a ceder em poucos dias, é sinal de que estamos diante de um enfarte grave, que fatalmente deixará sequelas, ou que, em certos casos, não se trate de um simples enfarte, mas sim de distúrbio circulatório instalado sobre um glioma. Esta eventualidade não é rara na clínica e o diagnóstico diferencial entre ambos os processos nem sempre é fácil. O autor projetou diapositivos para mostrar os tipos das alterações eletrencefalográficas demonstrativas do sofrimento atual do parênquima nervoso (ondas  $\gamma$ ) e para mostrar que as alterações dependentes do edema cedem lugar ao ritmo elétrico cerebral bem organizado minutos após a injeção intravenosa de solução hipertônica. Isso demonstra que o EEG é ótimo meio de diagnóstico desse sofrimento, e demonstra também que a terapêutica pelas injeções hipertônicas realmente é útil no sentido de combater o edema cerebral. Projeto ainda diapositivos de casos com enfarte mínimo, em indivíduo arteriosclerótico, em que as alterações do ritmo elétrico cerebral desapareceram minutos e horas depois da injeção de vasodilatadores cerebrais (a melhoria da circulação cerebral determinando o desaparecimento do sofrimento em determinada área do parênquima nervoso).

Quanto ao exame do líquido ceforraqueano, o autor se refere aos riscos da punção em indivíduos com enfarte cerebral na fase aguda e assinala também que os elementos de diagnóstico que tal exame pode oferecer nesse momento são restritos, pois, se o líquor se mostra hemorrágico, faz o diagnóstico, mas se é lúpido, o que acontece em grande número de casos, não se pode afastar o diagnóstico de hemorragia, basta que esta seja intraparenquimatosa, que ainda não se tenha comunicado com o espaço subaracnóideo, para que tal aconteça. Entretanto, faz a ressalva com ênfase, de que o exame do líquor é de grande valia, passada a fase aguda do processo, para o diagnóstico etiológico do caso e, ipso facto, para a orientação terapêutica ulterior. O líquor xantocromico faz o diagnóstico de hemorragia pregressa. O líquor claro, mas com pequena

hipercitose, ou mesmo sem ela, mas com modificações em sua fórmula citológica, evidenciando o aparecimento de neutrófilos, faz o diagnóstico de sofrimento do parênquima nervoso, e por isso permite firmar o diagnóstico de que realmente houve enfarte, em casos suspeitos de tal ocorrência.

**Importância do espasmo cerebral nos acidentes vasculares cerebrais.** Dr. Roberto Melaragno Filho. — Até há algumas décadas considerava-se que o fluxo sanguíneo cerebral fluía para mais ou menos, de acordo com a pressão sistêmica. Até 1935-1936 não se admitia que houvesse ineração vasoconstritora e vaso-dilatadora própria dos vasos cerebrais. Entretanto, estudos anátomicos demonstraram a existência de fibras nervosas vasoconstritoras independentes do sistema nervoso simpático, e fibras vasodilatadoras mediadas pelo parassimpático. Admitiu-se então a existência de um controle intrínseco da circulação encefálica e que, a aumento da pressão arterial corresponderia vasoconstrição, e a queda da pressão sistêmica, vasodilatação, como tentativa de manter a homeostasia cerebral. Essa hipótese foi reforçada quando se demonstrou que pacientes com altos níveis de pressão arterial apresentavam fluxo sanguíneo normal nas artérias encefálicas.

Procurou-se, com o termo "vasospasmo", explicar quadros que se vêem rotineiramente na clínica; constitui uma explicação cômoda ainda aceita por muitos, para fenômenos rápidos e passageiros que certos pacientes apresentam. Encontra-se, com efeito, na patologia nervosa, uma série de fenômenos atribuídos a vasospasmo cerebral. Assim a fase prodromica da enxaqueca (fotopsias, distúrbios sensitivos, etc.) é atribuída a vasospasmo de artérias cerebrais; também tem-se apelado para vasospasmo na explicação de acidentes vasculares cerebrais ocorridos em pacientes com moléstia de Reynaud ou com tromboangiite obliterante. Alguns autores descrevem mesmo, nas primeiras fases das crises epilépticas, uma vasoconstrição cerebral localizada. Além disso, autores franceses provocaram embolias cerebrais através de injeção de carvão

em pó ou lã de vidro e assinalaram espasmo cerebral secundário à embolia.

Parece-nos, entretanto, que esse conceito patogênico de acidentes cerebrais não resiste a uma crítica mais severa. Realmente, os vasos cerebrais tem uma capacidade contrátil muito pequena, pois, excitando-se experimentalmente o simpático cervical, obtém-se redução de 80% nos vasos da pele, de 30% nos vasos da duramater e de apenas 10% nos vasos piais. Os vasos cerebrais apresentam uma estrutura que difere da dos vasos dos demais territórios, comparando-se vasos de calibres iguais; referimo-nos à escassez de fibras musculares nos vasos cerebrais. Devido a esse fato não é possível admitir um espasmo de tal maneira intenso, a ponto de bloquear a corrente sanguínea, sobretudo quando se considera que isso ocorre em pacientes geralmente hipertensos. E aceita a existência de certo grau de espasmo que seja suficiente para reduzir a circulação cerebral de modo a causar sintomas frustros; mas de maneira nenhuma a explicar um bloqueio da corrente sanguínea com isquemia consequente. A escassez de fibras musculares na túnica média desses vasos torna essa hipótese anatomicamente inadmissível.

Como se explicam casos de trombose de carótida com sintomas aparecendo tardiamente? Na oclusão cirúrgica da carótida não há grandes distúrbios, sendo que, quando aparecem, o fazem em geral tardiamente. A suplência, nesses casos, se faz pela carótida do outro lado. Nos casos em que a obstrução não se dá na carótida mas se dá em artéria acima do círculo de Willis, há certa suplência por artérias vizinhas do mesmo lado. Na maior parte das vezes a circulação colateral não se faz em tempo útil: assim, esse achado arteriográfico da circulação de suplência é verificado geralmente em pacientes definitivamente hemiplégicos. Nota-se também que há maior suplência partida de artérias diferentes, que oriundas de ramos de uma mesma artéria. Outro meio de suplência bem menos importante, é o que se dá através das anastomoses entre artérias oftálmica e orbitária. Em alguns

casos em que foi demonstrada angiograficamente essa via auxiliar, ao ser feita a compressão da carótida do lado oposto, essa compressão é pouco tolerada pelo paciente, que, pelo contrário, tolera bem a compressão da carótida primitiva do lado em que se desenvolveu esse tipo de circulação de suplência: isso mostra que a suplência mais importante se faz, mesmo nesses casos, mais pela carótida interna do lado oposto que pela anastomose entre carótida interna e externa do lado da obstrução.

Vários casos que são atribuídos a espasmos podem ser explicados por outro mecanismo: em pacientes com obstrução de carótida, a falta momentânea dos mecanismos de suplência por meio da carótida do outro lado pode originar o quadro de isquemia. Pacientes idosos, com arteriosclerose cerebral, apresentam os vasos estenosados; uma queda da pressão arterial, de modo mais ou menos duradouro, pode levar a anoxia; nesses pacientes, o icto ocorre geralmente durante o sono; freqüentemente também após enfaite do miocárdio, que nem sempre é diagnosticado.

Assim sendo, parece-me que o conceito de vasospasmo como provocador de acidente vascular cerebral não é satisfatório. Pergunta-se: há vantagem então no uso de vasodilatadores? É possível que um émbolo provoque vasospasmo reflexo nos territórios vizinhos, contribuindo para a eclosão da sintomatologia; portanto, há vantagem no uso de vasodilatadores para se favorecer a circulação. Por outro lado, as drogas vasodilatadoras podem favorecer a suplência, auxiliando o fluxo sanguíneo através das artérias anastomóticas. Assim como a redução medicamentosa da pressão arterial pode provocar agravamento da isquemia, o emprêgo de substâncias hipotensoras pode transformar o enfarte isquêmico em hemorrágico, através de diapedese maciça de hemácias dos vasos circunvizinhos à região amolecida. Acreditamos que na clínica a maioria dos enfartes seja isquêmico, embora as estatísticas baseadas exclusivamente em dados anátomo-patológicos possam conduzir a conclusões diferentes.

NAS EXCITAÇÕES  
NERVOSAS



*Elegants*



**NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE**  
Na hiper-excitabilidade reflexa — Cárdo Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo  
Cárdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sistoles funcionais, etc)

A base do CÉLEBRE **LEPTOLOBIUM ELEGANS** — CRATAEGUS  
OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIO, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

**MODO DE USAR:** { Adultos: 1 colher 15 cc 3 vezes ao dia  
{ em água açucarada. — Crianças: a metade.

**MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.**  
PRODUTOS FARMACÉUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 365 a 377 — Fones: 33-3426 - 36-8075 — S. PAULO

## Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 18 de outubro de 1957

Presidente: *Dr. Luiz Branco Ribeiro*

**Lucas Mestre da Deontologia Médica** — Prof. Hilário Veiga de Carvalho. — Depois de ter sido saudado pelo Prof. Antônio Miguel Leão Brum

no o A. proferiu brilhante conferência em alusão ao "Patrono dos Médicos".

Sessão em 29 de outubro de 1957

Presidente: *Dr. Luiz Branco Ribeiro*

**Estado atual da esterilização, desinfecção, assepsia e antisepsia na prática hospitalar** — Dr. Jarbas Karman. — Deteve-se o orador sobre a ação do calor, nas suas várias formas. Mostrou as falsas esterilizações

por motivo variável. Expôs detalhadamente cada maneira de utilizar-se o calor na esterilização. Fêz vários esquemas e respondeu as perguntas que lhe foram feitas.

Sessão em 12 de novembro de 1957

Presidente: *Dr. Luiz Branco Ribeiro*

**Agentes químicos da esterilização hospitalar** — Dr. José Finocchiaro. — O A. referiu-se ao esterilizador eletrônico e estendeu-se sobre os agentes químicos da desinfecção. Fêz a apologia do iodo, a 2% em álcool a 96%. O iodo tem, porém, o inconveniente de certa porcentagem de casos. Os compostos de mercúrio têm fraco poder. O álcool é um mau desinfetante. Os amônios quaternários não são tóxicos nem mancham, são detergentes, mas não podem tomar contacto com sabão. O cetavlon dá 90% de esterilidade da pele. Concluindo, aconselha o iodo a 2% no preparo do campo operatório; em certos lugares, o cetavlon. As substâncias químicas são usadas na desin-

fecção de bistris e instrumentos contaminados no ato operatório. Por fim falou sobre a desinfecção das feridas, dando preferência aos enzimas. O dr. Ademar Russi referiu-se aos problemas da desinfecção nos Bancos de Sangue. O dr. Finocchiaro declarou que a melhor solução para a desgerminação da pele é: iodo sublimado 2; álcool a 96% 98; e iodato de potássio 0,1%. O cetavlon aquoso é usado em solução a 0,5% e eosina para dar cor. Serve também para desinfetar os tubos de polietileno. O hexaclorofeno a 3% é muito eficiente e está sendo preparado pelo prof. Mingoia no Laboratório Paulista de Biologia.

Sessão em 26 de novembro de 1957

Presidente: *Dr. Luiz Branco Ribeiro*

**Tireoidectomia** — Dr. Moacyr Boscardin. Inicialmente foi exibido um filme de tireoidectomia feita pelo dr. Moacyr Boscardin, à cores, muito bem apresentado. A seguir o dr.

Moacyr Boscardin expôs a sua estatística de cirurgia da tireoide. O seu trabalho foi comentado pelos drs. José Saldanha Faria e Eurico Branco Ribeiro.



NOVO VERSÁTIL ATÓXICO

# PROMAZIONON

(cloridrato de promazina)

Tranquilizador - Ação sobre os centros sub-corticais

**INDICAÇÕES:** Neuroses — Psicoses — Alcoolismo — Toxicomanias — Potencialização de barbitúricos e analgésicos — Soluções e vômitos — Eclâmpsia — Tensão — Ansiedade — Asma — Analgesia obstétrica — Doença psicossomática — Emergências médicas, acalmando e assegurando a cooperação do paciente.

**VANTAGENS:**

1. Não tem o elemento cloro.
2. Não produz depressão.
3. Não produz hipotensão.
4. Não produz ictericia.
5. Não produz parkinsonismo.
6. Não produz dermatite de contato.
7. Não produz fotossensibilização.
8. Não produz dor ou irritação no local da injeção (músculo) ou fles-  
bite (veia).
9. Não precisa ser diluído para ser injetado na veia.
10. Promazionon (promazina) é estável. Pode ser embalado em frascos de dose múltipla, o que certamente é um fator de economia, facilitando também o uso de doses ativas individuais.

LÍQUIDO ORAL — DRÁGEAS — INJETÁVEL  
Indústrias Farmacêuticas



# Fontoura-Wyeth S.A.

"Tradição e qualidade a serviço da prática médica"

Nos Estados Unidos: WYETH LABORATORIES INC. — PHILADELPHIA  
No Brasil: INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS FONTOURA - WYETH S. A. — SÃO PAULO

*Pasta de alumínio* — Foi lida em seguida uma carta do dr. Carlos Alberto Jurgielwicz, em que esse antigo estagiário do Sanatório São Lucas se refere aos serviços do Sanatório São Lucas e propõe uma nova fórmula para a pasta de alumínio e que é a seguinte: alumínio em pó 10,0 gr.; pomada de Furacin 30,0 ou q. s. Com essa pasta tem obtido resultados muito satisfatórios.

**Intersexualidade hormonal** — Dr. Paulo G. Bressan e Prof. Carmo Lordy. O A. apresentou um caso de intersexualidade hormonal que operou e estudou com o prof. Carmo Lordy. Discorreu longamente sobre o hirsutismo, o hermafroditismo, o virilismo, o síndrome adreno-genital. Apresentou o ponto de vista do prof. Carmo Lordy sobre a intersexualidade hormonal, sendo os hormônios de ambos os sexos produzidos num só órgão.

O dr. Paulo G. Bressan descreveu o quadro clínico da condição e apreciou os vários sintomas em suas relações com a endocrinologia.

O dr. Moacyr Boscardin referiu-se aos casos raros: deu uma interpretação ao óbito letal no caso em questão, pensando no agravamento decorrente da abertura do tórax.

O dr. João Noel von Sonnleithner referiu-se à terapêutica de substituição nesses casos.

O dr. Eurico Branco Ribeiro citou dois casos: um de hipernefroma da suprarrenal, falecendo o paciente nas 22 horas; o outro de câncer em testículo ectópico abdominal havendo a laparotomia surpreendido útero e anexos.

O dr. Waldemar Machado referiu-se à expressão síndrome adreno-genital.

## IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Boletim de Higiene Mental** — Ano XV, n.º 166, maio de 1958. Mas... o que os outros vão dizer? — Dr. J. Carvalhal Ribas.

**Boletim da Santa Casa de Misericórdia de Santos** — Ano VII, n.º 2, abril a junho de 1958. Algumas considerações sobre os sarcomas osteogênicos — Drs. Josedyl Camargo Lima e Jorge Michalany; A biografia em medicina — Dr. Edgard Ferraz Navarro; Incidência de prematuros — Dr. Venâncio Ferreira Alves Filho.

**Pediatria Prática**, Vol. XXIX, fasc. 6, junho de 1958. Utilização da sonda de polietileno na alimentação do prematuro — Drs. José de Araújo e Dorina Barbieri; Problema da cirurgia no lactente — Dr. Auro Asturiano Amorim; Sobre um caso de osteosartrose — Dr. J.-P. Tempel; Sobre um caso de obstrução intestinal em

criança de 2 anos — Dr. Friedrich J. P. Tempel.

**Publicações Médicas** — Ano XXIX, n.º 201, 1958. Tratamentos colágeno-agressivos — Dr. Affonso Bianco; Três casos graves de eclampsia tratados pela hibernoterapia — Dr. Elpídio de Almeida Campos e Antônio Rodrigues de Freitas; O problema da pelagra em Belém do Pará — Dr. Domingos Silva; Lombotomia anatômica de Ekehorn ampliada por Ercole — Dr. Pedro Teruel Romero; A vitaminoterapia B nos delírios agudos alcoólicos — Drs. B. Pommé, R. Planche e J. Gilbert.

**Resenha Clínico-Científica** — Ano XXVII, agosto de 1958, n.º 8. Dr. Arthur A. Morris — Resultados da lobectomia temporal na epilepsia psicomotora — Follow-up de trinta e seis pacientes durante seis anos; Dr. Gia-

# QUEMICETINA

succinato

• primeiro cloranfenicol hidrossolúvel  
endovenoso



**CARLO ERBA**



*nicola Rossi*

# QUEMICETINA succinato HIDROSSOLÚVEL

O emprêgo mais extenso do Cloranfenicol — antibiótico de amplo espectro, caracterizado por ótima tolerância, escassa toxicidade e raros fenômenos de resistência — chocava-se anteriormente no obstáculo de sua escassa solubilidade em água (0,25%). em contraposição à sua solubilidade em vários solventes orgânicos (glicol propilênico, etc.).

Tal fato limitava, em muitos casos, suas amplas possibilidades de uso tópico, uma vez que a aplicação dos referidos solventes nas mucosas mais delicadas e nas cavidades serosas não estava isenta de inconvenientes. Também o problema do seu uso parenteral não havia sido satisfatoriamente resolvido.

Este obstáculo foi enfrentado e superado pelo Instituto de Pesquisas Terapêuticas Carlo Erba, que conseguiu realizar o éster succínico do cloranfenicol. O cloranfenicol, quimicamente combinado com o ácido succínico, proporciona um composto cujo sal sódico — denominado QUEMICETINA Succinato INJETÁVEL — é solúvel em água, até 50%, tendo um pH absolutamente neutro.

Por estes motivos, a QUEMICETINA Succinato INJETÁVEL recomenda-se ao Médico que necessita lançar mão da terapêutica antibiótica de amplo espectro, por via tópica ou por via parenteral.

## A p r e s e n t a ç õ e s

Frasco de rôlha perfurável, contendo 1,38 g de sal sódico de succinato de cloranfenicol, equivalente à 1 g de cloranfenicol levógiro sintético (D (—)-treo-2-dicloroacetamido-1-p-nitrofenil-1,3-propandiol), acompanhado de uma ampola de sôro fisiológico de 10 cm<sup>3</sup>.

Frasco de rôlha perfurável, contendo 0,345 g de sal sódico de succinato de cloranfenicol, equivalente à 0,250 g de cloranfenicol levógiro sintético, acompanhado de uma ampola de sôro fisiológico de 2,5 cm<sup>3</sup>.



## Características

A fim de garantir a perfeita conservação do sal sódico de succinato de cloranfenicol, este é submetido ao processo de liofilização. Deste modo o produto — uma vez fechado herméticaamente o frasco — conserva-se **inalterável** por tempo indeterminado, até o momento de preparar a solução.

Esta solução, uma vez preparada, conserva sua atividade, permanecendo estável, à temperatura ambiente, durante cerca de 1 mês.

## Modo de preparar a solução

QUEMICETINA SUCCINATO	Concentração	Quantia de soro fisiol. ou água bidestilada	Quantia em peso de Caf. cada cc.
Frasco-ampola de 1 grama	2 %	500 cc	2 mg.
	5 %	20 cc	50 mg.
	10 %	10 cc	100 mg.
	20 %	5 cc	200 mg.
	50 %	2 cc	500 mg.
Frasco-ampola de 250 mg.	1 %	250 cc	1 mg.
	5 %	5 cc	50 mg.
	10 %	2,5 cc	100 mg.
	20 %	1,25 cc	200 mg.
	50 %	0,50 cc	500 mg.

As doses poderão ser fraccionadas de acordo com as necessidades, retirando-se do frasco tão sómente a quantidade desejada. Isto é de particular importância na **Pediatria**.

## Tolerância

A tolerância local, assim como a geral, são ótimas nas doses terapêuticas, tanto por via endovenosa como por via intramuscular; cumpre frisar, à respeito, que a QUEMICETINA Succinato INJETÁVEL não contém substâncias-tampões, nem anestésicos associados.

## Vias de administração

**Por via endovenosa.**  
**Por via endoarterial.**  
**Por via intramuscular.**  
**Por via endorraqueana.**

**Para uso tópico, superficial e endocavitário (peritônio, pleura, pericárdio; bexiga urinária; articulações).**

**Por via endobronquial (por instilação ou por aerosol).**

## Indicações e Posologias

As principais indicações e respectivas vias de administração da QUEMICETINA Succinato são:

### Por via endovenosa

Indicada principalmente nas formas graves e tóxicas, nas quais é requerida uma rápida absorção do antibiótico e se torna impossível a administração oral do medicamento, em virtude de vômitos ou diarréia profusa.

Na cirurgia recomenda-se a administração do antibiótico por fleboclise góta a góta, no tratamento pré, intra e pós-operatório, a fim de prevenir e curar as complicações sépticas.

Na desidratação infantil, aconselha-se a dose média de 50 mg. por quilo de peso corpóreo, fraccionada da seguinte maneira: metade da dose em solução a 10%, por via hipodérmica, no inicio do tratamento de hidratação. A outra metade da dose diária, introduzida no boião da fleboclise ou hipodermoclise sôro-glicosada, será administrada à velocidade de 20 gótas por minuto.

### Posologia

20-50 mg. por quilo de peso corpóreo, ao dia, fraccionados em 2 vezes. Quando fôr administrado por fleboclise, o antibiótico deverá ser introduzido no boião do sôro glicosado, plasma ou sangue.

### Por via endoarterial

No tratamento das osteomielites dos ossos dos membros, segundo a técnica tipica, na dose de 50 mg. por quilo de peso corpóreo, fraccionados em duas vezes por dia.

### Por via intramuscular

As mesmas indicações terapêuticas mencionadas para a via endovenosa.

### Posologia

20-50 mg. por quilo de peso corpóreo, ao dia. A dose total diária pode ser fraccionada em duas ou quatro vezes.

## Por via endorraqueana

No tratamento das formas de meningite não tuberculosa, introduzindo o medicamento diretamente na cavidade vertebral, mediante punção lombar.

## Posologia

1-3 mg. por quilo de peso corpóreo, ao dia.

## Por aplicações locais

**NA CIRURGIA PROFUNDA:** O conteúdo de um frasco de 1 g na cavidade operatória (principalmente em todas as cavidades serosas), antes de fechar a ferida, em solução a 5%.

**NAS LAVAGENS PLEURAIS:** Nas pleurisias purulentas, em doses de 200-500 mg. de solução, de 5-20%.

**NAS CAVIDADES ABSCESSUAIS E NAS LAVAGENS VESICAIS:** Em dose de 100-300 mg. de solução a 10%, segundo o caso.

**EM OTO-RINO-LARINGOLOGIA:** Nas otites médias e externas e nas complicações das intervenções de antro-ático-tomias, na dose de alguns cm<sup>3</sup> de solução a 10%. Nas sinusites purulentas agudas e crônicas — lavagem dos sinus para-nasais, na dose de alguns cm<sup>3</sup> de solução a 10%.

**EM OFTALMOLOGIA:** 2-4 gôtas de solução a 10%, 2-3 vezes por dia, nas infecções da conjuntiva e da córnea sensíveis ao cloranfenicol (conjuntivites catarrais agudas e purulentas, blefaro-conjuntivites, dacriocistites, úlceras da córnea, tracoma, etc.).

**EM ORTOPEDIA:** Infiltração do «focus» osteomielítico ou aplicação intra-medular de alguns cm<sup>3</sup>, em solução a 10%.

Instilação de alguns cm<sup>3</sup> nas cavidades sinoviais, à concentração de 10 %.

## Por aerosol

Nas rino-sinusites, laringites, faringites e na coqueluche, nas bronquites crônicas e agudas, nas bronquites asmáticas, nos enfisemas pulmonares, nas bronquiectasias e nos abscessos dos pulmões, na dose de 5 cm<sup>3</sup> de solução a 5%, 2-3 vezes por dia ou em dias alternados.

## Por instilação endobronquial

Nos abscessos pulmonares, em solução a 5%, na dose de alguns cm<sup>3</sup>, em dias alternados.

# *Carlo Erba do Brasil S.A.*

*Indústria Químico Farmacêutica*

**S A O P A U L O**

**Av. Cons. Rodrigues Alves, 3465**

**Parada Piraquara - Sto. Amaro**

**Caixa Postal:**

**21006 - Brooklin Paulista**

Amostras e Literatura à disposição dos Srs. Médicos - Telefone: 61-0998



como Filippini — O falso abdome agudo; Dr. Josué de Castro — Saúde e alimentação; O acúmulo de substâncias gordurosas no fígado e seu tratamento; Terapêutica do delirium tremens; Sal, obesidade e hipertensão arterial — Cistinose do adulto — A telerradioterapia com cobalto-60 — Infecções graves por estafilococo; Bloqueio farmacológico do simpático cervical nas vasculopatias cerebrais; Colelitiasi.

**Revista Brasileira de Leprologia**, Vol. 26, n.º 1, janeiro-março de 1958. Indução da reatividade lepromínica por meio da testagem repetida; Drs. W. A. Hadler e L. M. Ziti — BCG action upon the evolutive rate of the disease shown by the golden hamster (*criscetus auratus*) experimentally infected with *mycobacterium leprae-murium*; Drs. W. A. Hadler e L. M. Ziti — Relação entre a dose de *M. leprae-murium* experimentalmente inoculada e a sobrevivência de ratos tratados e não tratados pela 4-4' Diaminodifenilsulfona; Drs. A. A. de Gonzaléz, D. Mesa, G. Santillan, J. R. Ramos e A. E. Alvarenga — Pesquisas de casos de lepra em Assunção; Drs. W. A. Hadler e L. M. Ziti — Modo de ação da Dihidrostreptomicina e do 4-4' Diaminodifenilsulfona na lepra murina.

**Revista Paulista de Hospitais**, maio, n.º 5, maio de 1958. Planejamento, Organização e avaliação em saúde pública — Dr. Nelson Macedo de Rezende; O serviço de emergência no hospital — Dr. Vinícius Bertolani; O problema da visita do doente — Ida B. Borges Carneiro; Serviço Social Hospitalar — João de Deus Rodrigues e Dhaly Vieira França; A responsabilidade do administrador hospitalar — Luiz Oswaldo Fernandes; Engenharia e manutenção. A responsabilidade do administrador hospitalar em relação à manutenção do hospital — Thomas C. Thompson.

**Revista do Hospital das Clínicas**, Vol. XIII, n.º 4, julho-agosto de 1958.

Drs. Rafael da Nova e Décio Mion — Estado atual do tratamento das sinusites; Drs. Cely Barros, Therezinha Verrastro e Michel Jamra — Capilaroscopia em moléstias hemorrágicas e outras hemopatias; Drs. J. V. Matrins Campos, Wolfgang Rothstein e José Fernandes Pontes — A dosagem do nitrogênio-aminico no sôro sangüíneo e na urina pelo método de Troll e Canan; Dra. Therezinha Ferreira Lorenzi — O exame citológico no diagnóstico de neoplasias em otorrinolaringologia; Drs. Lauro Barros de Abreu — Nova técnica para a fixação distal do enxerto de tendão flexor dos dedos; Drs. Lauro Barros Abreu, Weimar Zanon e Diomede Belliboni — Fixação óssea temporária no tratamento das lesões da mão; Drs. Darcy C. M. Monteiro e Thales de Brito — Miocardite isolada na criança.

**Revista do Hospital das Clínicas** (Suplemento), Vol. XIII, n.º 4, 1958. Registro de casos; Questões terapêuticas — Rim artificial — Dr. Israel Nussenzweig; Questionário; Atualizações — Simpósio sobre obstrução intestinal (continuação).

**Revista Paulista de Medicina**, Vol. 53, n.º 1, julho de 1958. Hipertensão arterial pulmonar. I: Introdução. Anatomia. Histopatologia. Fisiopatologia — Drs. Marcos Fábio Lion e Egas Armelin; Hipertensão arterial pulmonar. II: Classificação. Patogenia — drs. Marcos Fábio Lion e Ulisses de Andrade e Silva; Eletroforese (em papel) de hemoglobinas — Dr. Milton Zaidan; Atualidades médicas: Estado atual da fisiopatologia da coagulação — Dr. Eurico Coelho; Anticoagulantes: seleção e modo de emprego e controle — Dra. Therezinha Verrastro; Anticoagulante em neurologia — Drs. Roberto Melaragno Filho e Gilles Henri Duchene; Anticoagulantes nos demais fenômenos trombóticos vasculares, particularmente da arteriosclerose — Dr. Reinaldo Chiaverini.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

## Academia de Medicina de São Paulo

**Posse de novo membro.** — Discurso pronunciado pelo Dr. Paulo de Albuquerque Prado, por ocasião de sua posse na Academia de Medicina, a 2 de setembro do corrente ano.

*"Diz um sediço proloquio, de origem latina, que os caminhos ásperos conduzem aos astros. Nada mais verdadeiro.*

Estudante ainda e depois médico pude, na Penitenciária do Estado, dedicar-me aos estudos penitenciários que, pela sua importância médico-social, enfeixam matéria de grande atualidade, a que se denomina "ciência penitenciária".

Comecei por publicar, na imprensa leigo e também na especializada, os meus incipientes trabalhos. A seguir, já mais madurecidos, apresentei-os, sob a forma de teses, em congressos científicos, aqui e alhures.

Tive a oportunidade de ver muitas das minhas proposições aprovadas em plenário nesses diferentes certames.

Por último, estimulado por essas lisonjeiras promessas, resolvi bater às portas deste Cendculo para pleitear uma vaga na sua seção de Medicina Social, em cuja presidência tem assento o prof. Antônio Miguel Leão Bruno, cientista e homem de avantajada cultura.

O que tem de ser feito hoje em dia, necessita sé-lo com meditação e apuro. "Já não existe, como escreve Fialho d'Almeida, o riso argentino e claro dos nossos pais, do bom tempo em que viver era uma sucessão de fatos simples, e as mil preocupações do "struggle" não tinham deformado as nervuras do caráter; de sorte que o espírito, sem meandros, refletia ingênuamente as coisas, não querendo dizer como um lago límpido, mas como um quieto charco, cuja superfície logra refletir um pouco do azul do céu".

O trabalho por mim apresentado à douta Comissão Julgadora, que é

composta de ilustres membros deste Sodalício, foi considerado apto".

Eis, pois, senhores académicos, o motivo da minha presença entre vós: para, jubiloso, receber a minha investidura e para convosco compartilhar dos mesmos anseios.

Sinto-me, contudo, apoucado de forças, e como que esmagado ao peso de tamanha responsabilidade, tal como o púcaro da fábula que medindo a sua precária condição indagou do oleiro porque o fizera tão quebradiço; ao que este respondeu: — eras de barro antes de seres púcaro!

Ulysses Paranhos, nas suas reminiscências, escritas quando do cinquentenário da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, afirma que a mesma, após os malôgros iniciais, se organizou, definitivamente, por volta do ano de 1895, numa reunião preparatória a que estiveram presentes os drs. Luís Pereira Barreto, Theodoro Rheichert, Ignacio e Pedro de Resende, Mathias Valladão, Amarante Cruz, Cândido Espinheira, Evaristo da Veiga, Marcos Arruda e Sérgio Meira. Essa histórica reunião se realizou num escritório da rua S. Bento, n.º 23, pertencente ao último dos citados médicos.

A estes nomes, mais tarde, outros vieram juntar-se, como os de Arnaldo Vieira de Carvalho, Carlos Botelho e Bittencourt Rodrigues.

Edgard Braga, a ela se referindo, na mesma ocasião, salienta: *A Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo pode se usar de ter completado obra inigualável de cultura e filantropia, e, por isso, há de continuar para sempre ao derredor da chama inextinguível do Ideal, santo em de nossa fé, nesse mar de ilusões e desenganos da vida de relação".*

Continuando a rememorar o passado da Sociedade, neste bosquejo, tenho a acrescentar que pelos tempos

# “INTRAIT” DE CASTANHA DA INDIA

## DAUSSE

VARIZES - FLEBITES - HEMORRÓIDES

### DOSES DIÁRIAS

#### FORTES

100 à 600 gótas

Crises hemorroidárias agudas  
Ulcera varicosa  
(Para serem usadas nos  
normotensos)

#### FRACAS

10 à 20 gótas

Para  
as demais  
indicações

# “INTRAIT” DE VALERIANA

DAUSSE



### SEDATIVO VEGETAL

2 à 3 colheres das de chá por dia.

---

Fabricado no Brasil com licença especial dos LAB. DAUSSE — Paris, França pelos  
Laboratórios ENILA S. A., Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal, 484 — Rio.  
Filial: Rua Marquês de Itú, 202, Fone: 34-7575 — São Paulo

afora lutou ela, por um lugar ao sol, contra a carência de meios de sustentação e de local.

Sómente pelas alturas do ano de 1911, ao deixar o dr. Synesio Rangel Pestana a presidência da entidade, é que a mesma pôde dispor do prédio que seria a sua sede. Este prestante presidente encerrou o seu mandato com estas expressivas palavras: "Esta diretoria teve a felicidade de realizar duas velhas aspirações: a compra do prédio para a sua sede e a publicação regular de uma revista".

A Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, durante o longo período em que ostentou esse nome congregou esforços, promoveu reuniões científicas, realizou congressos médicos, discutiu importantes problemas médico-sociais e de saúde pública, estimulou as vocações jovens, prestou assistência aos enfermos através da sua Policlínica, elevou ao mais alto grau os axiomas hipocráticos, e, finalmente, enobreceu a classe médica.

Porém na memordável Assembléia Geral Extraordinária, de 8 de abril de 1954, operou-se a inevitável transformação da antiga Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, na atual Academia de Medicina de S. Paulo.

Presidia-a o dr. Eurico Branco Ribeiro, aquele jovem jornalista de outrora que se transmudou no inexcável cirurgião de hoje.

Esta mudança do nome da Sociedade seria mais consentânea com o grau de desenvolvimento cultural da capital paulista.

Não é novidade dizer-se que dentro dos estreitos limites de uma unidade federativa, como é o nosso caso, há em S. Paulo elementos para uma maior difusão do ensino médico que nos mais importantes centros tanto no Velho como do Novo Mundo: três universidades e quatro faculdades de medicina todas florescentes!

Conta-se que Atenéia, filha de Júpiter, aquela deusa que fora da Grécia era conhecida por Minerva, certa vez discordou de seu irmão Neptuno. A querela se verificou por causa do nome que se devia dar à cidade de Atenas. Quem maior magia realizasse daria o nome que lhe aprouvesse. Neptuno que trazia um tridente, enterrou-o nos olo, dêle nasendo um lindo cavalo, que era a "insignia da guerra". Sua formosa irmã, que empunhava uma espada, sulcou o chão, dêle surgindo uma oliveira, que era o "símbolo da paz", o que, certamente, lhe assegurou a vitória.

Por esta figura de retórica, vemos que os deuses imortais apenas produziam símbolos, enquanto que o homem mortal, nos tempos que correm, cria universidades que se perpetuam através dos anos.

Como fecho desta curta digressão, quero agradecer ao acadêmico Edgard Pimentel Braga, as palavras amáveis que me dirigiu em seu nome e no da Academia. Foi para mim uma grande honra ser aqui recebido por essa figura que é um dos ornamentos da classe médica e da sociedade paulistana.

O dr. Edgard Braga "double" de médico e literato, nesta última qualidade, dedica-se ao gênero poético. Sua obra bibliográfica é bastante extensa, destacando-se entre os seus trabalhos, os seguintes: "o homem errado" e "O sexto sentido na medicina".

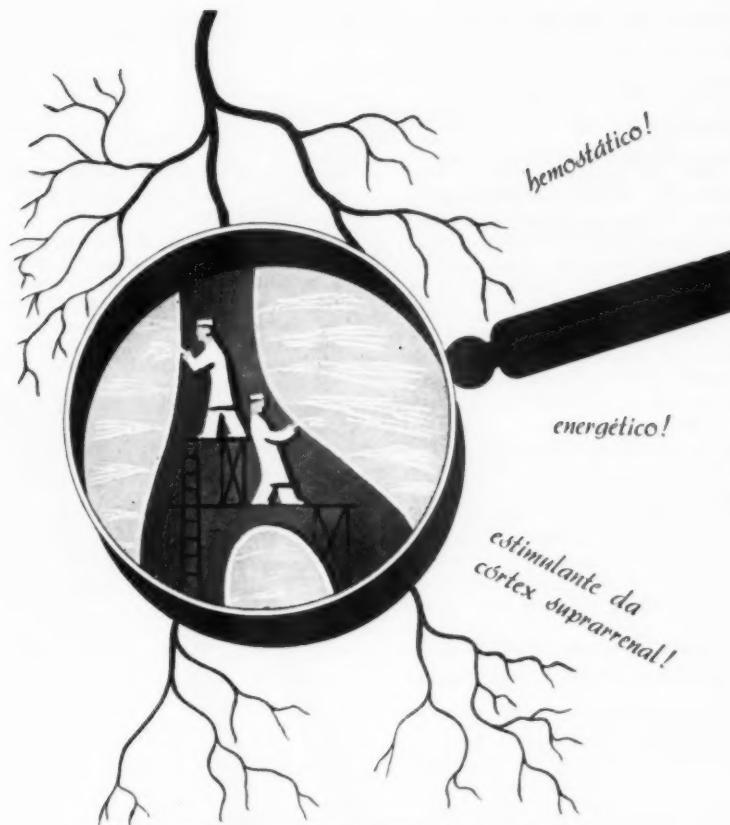
Estendo também os meus agradecimentos ao digno presidente desta Casa, o acadêmico João de Mendonça Cortez, destacado clínico nesta cidade; aos distintos membros da Comissão Julgadora; ao ilustre presidente da seção de Medicina Social; aos srs. acadêmicos aqui presentes, e, finalmente, às pessoas amigas que tanto me cativaram com a sua presença.

A todos, pois, as minhas mais sinceras homenagens".

## "A Cirurgia no Sanatório São Lucas"

2 VOLUME S

Preço Cr\$ 700,00



# PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo  
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em soluto isotônico de sais minerais, com pH=7

*Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,  
cirúrgico e decorrente de queimaduras).  
Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.*

Frasco com 500 ml

LABORATORIOS FARMACÉUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

## Necrológio

**Prof. José Malhado Filho** — Faleceu, nesta Capital, aos 86 anos de idade, o prof. José Malhado Filho, professor emérito da Universidade de São Paulo, professor aposentado de Química Biológica da Faculdade de Farmácia e Odontologia, ex-professor de Química da Escola Paulista de Medicina, ex-professor de Química do Ginásio do Estado. O extinto era, ainda, diretor científico do Laboratório Paulista de Biologia, presidente de honra da Sociedade de Farmácia e Química de São Paulo, sócio honorário da União Farmacêutica, Associação Brasileira de Farmacêuticos e inúmeras Associações Farmacêuticas do Brasil e do estrangeiro. Foi diretor de um dos primeiros Laboratórios de Análises Clínicas de São Paulo e era membro honorário da Academia Nacional de Medicina e da Academia Brasileira de Medicina Militar.

O extinto foi também colaborador da Revista "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia".

O prof. Malhado Filho, que era filho do sr. José Pedro Malhado Rosa e de dona Maria Benedita Malhado, era viúvo de dona Anna Emilia Penna Malhado, e deixa os filhos: Noémia Malhado Cezar, casada com o sr. Antônio Leite Cezar; João Penna Malhado, casado com dona Joana Carlinho Malhado; Maria Malhado Baldijão, casada com o sr. Oscar Baldijão. Deixa, ainda, os netos: Oscar, Roberto, Fernando, Renato, Carlos, Eduardo, Luís Carlos, Vera Regina, Sérgio e Sylvio Luís. Era irmão de: Maria Carlota Malhado Querino, viúva do sr. Cipriano Gomes Querino; Maria Aparecida Malhado Azevedo, casada com o dr. Alberto da Silva Azevedo, e José Haroldo Malhado Rosa, casado com dona Dilma Malhado. Deixa, também, ainda vários sobrinhos.

## CONGRESSOS MÉDICOS

### II Congresso Latino Americano de Anatomia Patológica

(2.ª Reunião da Sociedade Brasileira de Patologistas)

**Resumo dos trabalhos apresentados.** ALENCAR, Alexandre (Rio de Janeiro, Brasil): *Histogênese do granuloma chagásico do S. N. C. do Cão. Histórico abreviado*; Torres e Villaça e Villela e outros descreveram formações granulomatosas no S.N.C. de cães jovens e adultos infestados experimentalmente.

**Material:** Examinamos, juntamente com o Dr. Paulo Elejalde, o S.N.C. de 9 cães novos, de idade variada entre 1 e 2 meses, infestados experimentalmente pelo Dr. Francisco La-

ranja, nas melhores condições possíveis.

**Sintomas clínicos:** Os animais nada apresentaram para o lado do sistema nervoso, do ponto de vista clínico.

**Métodos e técnicas:** Material fixado em álcool, formol e líquido de Cajal. Como coloração usamos a H. E., o tricrômico de Gomori o cresil violeta e os métodos do carbonato de prata de Rio Hortega eletivos para os vários constituintes do sistema nervoso.

Conjugação de um possante antibiótico, dotado de ação bacteriostática e bacteriolítica "in situ", e de um enérgico vasoconstritor de ação predominantemente local, útil em otorrinolaringologia.

## Soframicina

solução nasal  
(Sulfato de framicetina  
+ naftazolina)

Tratamento das infecções rinofaringéias: - rinites catarrais e purulentas, rinofaringites, anginas e sinusites;  
Oites e otorréias crônicas;  
Furunculose do conduto auditivo - Assepsia pré-operatória em cirurgia otorrinolaringológica.

Frasco vaporizador de matéria plástica com 15 cm<sup>3</sup> de solução.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.  
RIO DE JANEIRO

*Aspecto biológico:* Além das lesões histopatológicas variadas, eram encontrados em quantidades variadas granulomas nas substâncias branca e cinzenta. Estas formações granulomatosas se constituem de células redondas com núcleos de diversas formas. As impregnações eletivas mostraram que se tratava, em geral, de elementos microgliais transformados. Pelo cresil violeta observa-se que estas células tem limites imprecisos, ligadas por substância de aspecto amorfio. Foram encontradas células macrogliais parasitadas sem reação em torno. Do estudo aprofundado de centenas de ambas as formações, isto é, granulomas e células gliais parasitadas em diversas fases, concluimos ser a seguinte listogenese do granuloma chagásico do S.N.C. do cão.

- 1) O parasito se aloja quase exclusivamente em células da macroglia, onde prolifera;
- 2) enquanto a membrana celular permanece íntegra, não se observa reação em torno d'este pseudocisto;
- 3) a célula deformada e completamente cheia de parasitos, finalmente rompe-se, iniciando-se então a reação defensiva microglial constituindo os granulomas, em geral ainda pequenos, com parasitos em seu interior. Nesta fase os parasitos já estão livres entre os constituintes celulares;
- 4) finalmente, aumentando a reação microglial os granulomas tornam-se maiores, sendo nêles mais rara a presença de parasitos.

AMORIM, Moacyr de Freitas e MACHADO, Jesus C. (S. P.): *Lipoidose e Arteriolonecrose das Arteriolas Cerebrais na Hipertensão.* — Em nota prévia comunicada na I Reunião da "Sociedade Brasileira de Patologistas", em Pôrto Alegre, 1956, relatamos os achados em dois casos de Hipertensão com Hemorragia cerebral, chamando a atenção para o número relativamente pequeno de trabalhos sobre a lipoidose e a arteriolonecrose cerebral na literatura. Até agora estudamos detalhadamente cinco casos.

As lesões nestes confirmam integralmente as já relatadas havendo em um caso também calcinose acentuada das arteriolas dos gânglios do corpo estriado. Podemos dar agora resumidamente as conclusões a que podemos chegar, estudando comparativamente as arteriolas do cérebro com as do rim.

1) Quanto às lesões acomodativas, a hipertrofia da musculatura da média é menos acentuada no cérebro do que no rim. 2) A lipoidose se apresenta até certo ponto em graus comparáveis nos dois órgãos. 3) A necrose arteriolar é por vezes, mais evidente e mais intensa no cérebro, sendo diagnosticável também neste com mais facilidades em cortes pelo Escarlate-R. Em um caso, em que no rim não pudemos evidenciar nenhuma arteriola necrosada, esta foi evidente no cérebro. 4) A respeito das notáveis conclusões do trabalho de Heptinstal (1954), segundo o qual a necrose aguda fibrinoide das arteriolas renais só aparece quando a pressão diastólica sobe acima de 150 mms. de Hg., em nosso material, foi possível estabelecer também esta relação em um caso (IV) em que a Diastólica era de 180 mms. Nos demais a morte se deu em estado de coma, sem dados clínicos que nos permitissem avaliar os níveis de pressão anteriores. 5) Necrose e Granuloma periaarteriolar eram presentes em dois casos (III e IV). 6) No caso I foi encontrado o "Microteroma" já relatado em nossa nota anterior. 7) Observa-se um certo paralelismo entre a intensidade das lesões das arteriolas meningées e as arteriolas parenquimatosas. O mesmo não se deu com os vasos da base do cérebro. Pode-se pois aquilatar do estado lesional das arteriolas cerebrais pelo estado lesional das arteriolas meningées.

ANDRADE, Zilton A. (Salvador, Brasil): *Pneumonite Intersticial no Calazar.* — O A. descreve um quadro de pneumonite intersticial observado em 3 de 5 casos de calazar (leishmaniose visceral) autopsiados na Bahia e caracterizado por difusa infiltração intersticial mononuclear, predominantemente plasmocitária, congestão e

edema, além de proliferação e entumescimento das células endoteliais dos capilares dos septos alveolares e presença de macrófagos contendo leishmârias no citoplasma. Alternavam-se pequenas áreas de atelectasia e enfizema e, no conjunto, o tecido pulmonar aparecia muito celuloso. Não foram observados corpúsculos de inclusão, infiltração de polimorfonucleares, necrose vascular ou de outra qualquer espécie.

O A. considera tais alterações como características do calazar e procura fazer a sua correlação com a presença da tosse, um sintoma freqüentíssimo no curso da doença e que até aqui tem sido explicado como devido à compressão do vago pelo baço aumentado de volume ou como resultado de "gripes" ou de alterações bronco-pneumónicas concomitantes.

As alterações bronco-pneumónicas são achados quase que constantes nas autópsias de portadores de calazar e, muitas vezes, se correlacionam com a causa mortis imediata. O A. tem a impressão que o fato de alterações bronco-pneumónicas complicarem tão freqüentemente os casos finais de calazar, tem ocorrido para que as características da pneumonite intersticial passem até agora desconhecidas. No particular, 2 dos casos que apresentaram uma forma "pura" da pneumonite se referem a dois pacientes que estavam passando relativamente bem e que faleceram acidentalmente (hemorragia interna após punção esplênica).

Além da presença de leishmârias, a presença no plasma de um alto teor de globulinas (ou de uma fração proteica anormal) e a chegada aos capilares pulmonares de células macrofágicas desintegradas no fígado poderão concorrer para as alterações acima consideradas.

ANDUJAR, John J. (Fort Worth, Texas, U. S. A.): *Carcinoma de La Matriz de Origen Gaertneri*. — No cabe duda que la mayoría de médicos quedan bien informados sobre la presencia de residuos del sistema masculino de Wolff em niñas y mujeres de todas edades. También son bien conocidos los datos sobre residuos del conducto de Gaertner en la pared

lateral de la vagina, en el cual se encuentran quistes con alguna frecuencia. Información sobre restos del nombrado conducto en la matriz propia es menos universal. Datos desde el Japón, de Europa y de los Estados Unidos de América demuestran grandes variaciones, con frecuencia citadas desde 0,2% hasta 40,0% residuos Gaertneri en el cuello o en el cuerpo uterino.

Aun menos comprendido es la ocurrencia de carcinoma de la matriz originando en estos restos. En fin, menos de una docena de pacientes con tal carcinoma Gaertneri han sido diagnosticado en medio siglo. La mayoría de estos casos han sido descubiertos en los últimos diez o quince años, y es lógico esperar que muchos mas serán diagnosticados cuando patólogos y clínicos se familiarizan con este interesante proceso maligno.

El autor presenta resultados de ensayos en 1.716 uteros, encontrando restos de conducto Gaertner en 2% de las matrices estudiadas. También cuenta detalles de dos casos de cancer de la matriz de origen Gaertneri, dando debida importancia al decepcionante, pero característico, cuadro histopatológico de este interesante tumor.

ÁNGULO, Juan J., PIMENTA DE CAMPOS, E. e MACHADO, Carlos Gonçalves (São Paulo, Brasil): *Encefalite pós-gripal causada por agente do grupo psitacose-linfogranuloma*. — Durante a pandemia de gripe asiática, uma meseta de 28 anos, logo após um quadro típico de gripe, apresentou síndrome encefálitico, vindo a falecer. Macroscópicamente, nada de importante foi encontrado. Microscópicamente apresentou, praticamente em quase todos os neurônios, corpúsculos cuja forma, tamanho, distribuição e afinidades tintoriais eram idênticos aos dos agentes do grupo psitacose-linfogranuloma venéreo, observando-se diversos estádios do ciclo evolutivo desses agentes. Em raríssimas áreas se observava escasso infiltrado de células mononucleadas.

ARÉAN, Victor M. (Gainesville Flórida, U. S. A.): *Granuloma Ascaridiano: Un Estudio Experimental*. — Las

lesiones descritas por Monserrat y Africa Starkus y Rabinavicius y más recientemente por Correa Henao fueron reproducidas experimentalmente en conejos albinos y estudiados en forma seriada. Los animales fueron inyectados con suspensiones de huevos de *Ascaris lumbricoides var. suum* en estadio uni-celular de desarrollo; la suspensión fué inyectada o bien en la vena porta o en el parénquima hepático y varió entre 16.000 a 32.000 huevos por ml. Inyecciones en la corriente de la vena porta resultaron en la distribución de los huevos en forma aislada, permitiendo el estudio de la reacción tisular a un solo huevo. En estas circunstancias la respuesta fué como sigue: a las dos horas de la inyección se observó una corona de eosinófilos alrededor de cada uno de los huevos atrapados en las raíces de la vena porta y, así mismo, infiltrado eosinofílico intenso de los sinusoides hepáticos circumvencinos. Este exudado se incrementó en las siguientes 6 horas. En lesiones estudiadas a 8 horas de la inyección comenzaron a verse un cierto número de células mononucleares; estas sin embargo se hacen más conspicuas a las 16 horas, en donde llegan a representar la mayor parte del exudado inflamatorio. Acumulos de núcleos sugiriendo estadios iniciales en la formación de células gigantes fueron vistos a las ocho horas, pero se hicieron más patentes en las lesiones estudiadas a las 16 horas. En lesiones de 36 horas de duración se observó un acúmulo intenso de histiocitos, monocitos, células gigantes asociados con infiltrado eosinofílico intenso y comienzo de proliferación fibroblástica. En estas lesiones la mayor parte de los huevos aparecen desintegrados y es posible observar solamente fragmentos de la cápsula quitinosa en el citoplasma de las células gigantes. A los cuatro días de la inyección la reacción fibroblástica es intensa, mientras que el tipo de célula inflamatoria no ha cambiado grandemente. Sin embargo, se observan gran número de pseudotuberculos; esto se hace más patente a los siete días. As las dos semanas de la inyección la mayoría de los granulomas aparecen rodeados de

bandas de tejido conectivo infiltrado con escasos eosinófilos y linfocitos; se notó también incremento en el tejido conectivo periportal sugeriendo una fibrosis hepática semejante a la cirrosis en estadios tempranos. A las cuatro semanas la gran mayoría de los pseudotuberculos aparecen hialinizados aunque algunos todavía muestran abundantes células epiteliales y huevos de *Ascaris* en buen estado de conservación. En algunos de los pseudotuberculos también se observó la presencia de necrosis central dando al granuloma un aspecto idéntico al observable en tuberculosis. Los animales sacrificados a los dos meses muestran casi hialinización total de los pseudotuberculos. Cuando la suspensión se inyectó en el parénquima la respuesta inflamatoria debida a la presencia de un mayor número de huevos fué más intensa. Desde el comienzo se observó una necrosis del epitelio hepático, formación de abscesos y frecuentemente fenómenos hemorragicos concomitantes. La evolución de las lesiones fué idéntica a la descrita más arriba, aunque reabsorción del exudado resultó en grandes zonas de fibrosis y, en varios casos, formación de cavidades quísticas conteniendo huevos de *Ascaris* parcialmente calcificados y una amplia zona de fibrosis.

Llamó la atención en este estudio lo súbito de la respuesta eosinofílica que sin duda antedatada a las dos horas. Así mismo fué interesante el observar la intensa y rápida formación de células gigantes a las ocho y 16 horas, fenómeno más rápido de lo que observa con el bacilo tuberculoso. Aunque la naturaleza tóxica de las sustancias responsables es desconocida, el autor está llevando a cabo estudios de extracción química de los distintos componentes del huevo de *Ascaris* para determinar cuál es responsable por la reacción tuberculo de y a cuál se debe la intensa eosinofilia en animales no sensibilizados previamente.

ARIAS-STELLA, Javier (Lima, Peru): *Extensión y distribución de las Atípicas del Epitelio Uterino en casos de Coriocarcinoma y Mola Hidatidiforme.* — En el año de 1954 describimos

*Nova*

terapêutica das  
*trichomoniases*  
por via oral

# CYTOSTEON

2 - Acetamido - 5 - Nitrotiazol

~ ☆ ~

Amostras e Literaturas

**LABORATÓRIO XAVIER**

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré, 984 — Tel. 31-4862 — São Paulo

una alteración endometrial en asociación con la presencia de tejido coriônico (1). La característica fundamental de esta lesión es la presencia de focos en los que se ve hipertrofia e hipercromasia nuclear de células epiteliales, glandulares o de la superficie de revestimiento, asociado con proliferación celular y pérdida de la polaridad celular. Por lo general estos focos muestran intensa actividad secretoria. El estroma puede, o no, mostrar reacción decidual.

La experiencia ulterior ha demostrado que esta alteración tiene significación práctica y teórica.

Los trabajos de Hilrich y Hippke (2), Truemner (3), Jorgensen (4), de Brux y Vaissade (5), Pildes y Wheeler (6), Berthelsen (7), Svenson (8), Kay (9), Shakashir y Sommers (10) y Arias-Stella y Gutierrez (11), se han referido a ciertos de los aspectos que señalan el valor práctico que el conocimiento de esta lesión tiene.

De otro lado, es evidente que, si aceptamos la idea propuesta de que estas alteraciones obedecen a un efecto hormonal con punto de partida en el tejido coriônico, se hace necesaria una reinterpretación de la relación Placenta-Endometrio hoy día aceptada.

Nuestras observaciones iniciales así como la de los otros investigadores que se han ocupado del tema han estado basadas en material procesado rutinariamente. Por lo tanto, hasta el momento, no se ha podido obtener una idea concluyente sobre la extensión y distribución de las atipias.

En el presente trabajo se ha realizado un estudio topográfico del útero en siete casos de coriocarcinoma y dos casos de mola hidatidiforme.

En cada caso se practicaron de 30 a 117 inclusiones comprendiendo la totalidad de la superficie endometrial, endocervical y exocervical. Cada inclusión fué numerada y de esta manera se pudo estudiar la topografía de la lesión.

Las siguientes son las conclusiones obtenidas:

- 1) La alteración tiene un carácter focal. Los focos de atipia pueden ser múltiples y comprometer

ter la mayor parte de la mucosa o estar limitados a zonas muy pequeñas.

- 2) No se ha encontrado relación entre las áreas de atipia endometrial y las zonas de implantación corial.
- 3) La alteración puede ocurrir con idénticos caracteres en las glándulas endocervicales.
- 4) La alteración puede faltar totalmente aún cuando haya una aparente cantidad de tejido trofoblástico proliferante que en otros casos ha estado asociada a la presencia de la lesión.
- 5) No es necesario que el tejido trofoblástico este en el útero o en los anexos para que se produzca la lesión.

AUN, Roberto Aidar (São Paulo, Paulo, Brasil): **Tumores metástaticos no coração.** — Em 1 300 autópsias, realizadas no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Central da Santa Casa de São Paulo, o autor encontrou 186 casos de neoplasias malignas. Desses, 138 casos pertenciam ao sexo masculino e 48, ao sexo feminino.

O órgão mais atingido, primitivamente, foi o estômago, num total de 64 casos.

Dos 186 casos, acima referidos, foram constatadas metástases em 147 casos. Estas se localizavam com mais freqüência nos gânglios linfáticos (95 vezes), e em seguida no fígado, com 67 vezes.

Digno de nota, porém, é o encontro de 13 casos (10 do sexo masculino e 3 do feminino), com localização metastática no coração, cujo tumor primitivo estava assim distribuído: brônquio 5 casos, esôfago 4, coxa 1, região parotidiana 1, carcinomatose generalizada 1 e globo ocular (coroide) 1. Quanto ao tipo histológico, em 11 casos a neoplasia era de natureza epitelial e nos 2 restantes, de linhagem mesenquimal.

Verificou o autor, que todos os casos de metástases no coração, oriundas do esôfago, atingiam o miocárdio ao passo que as de origem brônquica

atingiam, algumas vezes sómente o pericárdio visceral, outras o miocárdio e pericárdio visceral conjuntamente.

Fato importante a assinalar: todos os casos, com exceção de 1, provinham dos Serviços de Clínica Médica, onde não foram constatadas perturbações funcionais ou orgânicas do coração; além do mais, os indivíduos, quando em vida, não apresentaram qualquer queixa nesse sentido.

Em 2 casos foram encontrados êmbolos cancerosos no lumen de vasos arteriais relativamente calibrosos do miocárdio, cujos cortes histológicos não mostraram alterações das fibras cardíacas.

BACARINI, I. Belo Horizonte, Brasil: *Contribuição para o estudo do comportamento histoquímico da mucosa vaginal humana, em condições normais e em algumas disendocrinias.*

— O A. estuda as variações dos polissacárides (glicogênio) e das fosfatas do epitélio da vagina humana e nos esfregaços vaginais, no ciclo normal e em algumas disendocrinias.

Analisa 82 casos (44 normais, 38 com disfunção endócrino-ovariana). Em 62 o estudo foi feito na biopsia e nos esfregaços; em 17 só nos esfregaços e, em 3, sómente na biópsia.

Os resultados demonstraram que a quantidade de glicogênio e de fosfatase alcalina aumenta no período pré- e ovulatório e declina na 2.ª fase do ciclo. O estudo dos cortes demonstra que o polissacáride e os enzimas são mais abundantes nas células da camada superficial, em queratose. Nos elementos do conteúdo vaginal (células descamadas), pelo contrário, essas duas substâncias não mais se encontraram nas células queratinizadas, mas apenas nas da camada espinhosa.

O A. analisa as hipóteses para explicar tal perda de positividade nas células superficiais.

BARBETTO NETTO, M. e BOTELHO REIS, N. (Rio de Janeiro, Brasil): *Hemosiderose Pulmonar.* — Os A. A. analisaram vários casos de hemosiderose pulmonar relacionados à estenose mitral, detendo-se no estudo de 3 casos em que foram observadas acentuadas

lesões arteriais consequentes à impregnação férrea da parede arterial.

Após o estudo histológico detalhado, os A. A. discutem a possibilidade de que tais lesões arteriais obstrutivas possam agravar a hipertensão pulmonar própria da estenose mitral.

BARROS COELHO, R. (Recife, Brasil): *Estudo histopatológico comparativo das lesões hepáticas nas esquistossomoses japónica e mansônica.* — Embora, pela natureza do atual trabalho não se possa considerar em tóda sua extensão os aspectos histopatológicos diferenciais das lesões hepáticas entre as duas esquistossomoses podemos, contudo, confirmar certos aspectos já mencionados por vários autores e assinalar outros.

Os aspectos histopatológicos diferenciais entre as lesões hepáticas nas duas esquistossomoses dependem dos seguintes fatores:

1) grande número de ovos na Esquistossomose japónica os quais sendo mais lesivos para os tecidos (ou pelo fato de formação de aglomerados ou pela presença de substâncias mais irritantes) determina tardivamente um tipo de fibrose fina (em clava) por proliferação dos tecidos do espaço porta. Essa fibrose, contudo, (nos casos examinados) não é difusa e se junta a fibrose grosseira tipo "pipe stem".

2) O menor número de ovos encontrado na Esquistossomose mansônica ao lado de uma menor agressividade de substâncias libertadas pelo miracidium provocam lesões de caráter local e transitório, não determinando fibrose. Assim a fibrose grosseira tipo "pipe stem" limitada aos grossos ramos da veia porta é a lesão tardia típica da *S. mansoni*. A patogênese dessa fibrose é relacionada às consequências tardias do trombo-embolismo por vermes mortos.

BARROSO-MOGUEL, R., COSTERO, I., CHÍVEZ, A., MONROY, G., e CONTRERAS, R. (México, D. F.): *Acción de los esteroides suprarrenales (tipo cortisol) sobre las lesiones de la fiebre reumática.* — Se resumen en esta comunicación los datos útiles encontrados al analizar expedientes clínicos y

protocolos de necropsia de 30 pacientes seleccionados por haber presentado cuadros clínicos muy parecidos entre sí y haber sido tratados con productos que contenían cortisona. Ninguna de las propiedades comprobadas en la cortisona permite presumir que puede atuar en forma directa e importante sobre el desarrollo de las lesiones viscerales de la fiebre reumática, especialmente sobre las carditis. Los enfermos se benefician en sus síntomas inespecíficos: pérdida de peso, fiebre, anemia y malestar general; pero presentan pocos cambios estadísticamente significativos sobre la frecuencia o el número de lesiones en la carditis reumática activa grave. Manifestaciones articulares y encefálicas disminuyen notablemente, aunque la neumonitis reumática tampoco resulta aparentemente mejorada.

La cortisona modifica la estructura de las lesiones cardíacas en la forma siguiente. *A)* Las verrugas del a endocarditis valvular contienen abundante material Schiff positivo y permanecen sin organizar durante largo tiempo. *B)* Hay gran cantidad de fibrinoide en endo, mio y pericardio, y su reabsorción es muy lenta. *C)* El fibrinoide se extiende a la pared de los vasos cardíacos y viscerales, como en la periarteritis nodosa; aparece también dentro de los vasos, como en la endocarditis bacteriana. *D)* Los nódulos de Aschoff desarrollan fibroblastos bipolares y células basófilas, éstas comparables a las del lupus eritematoso. *E)* Los infiltrados inflamatorios persisten en la carditis reumática y pueden alcanzar intensidad máxima durante el tratamiento con cortisona. *F)* Las cicatrices establecidas antes de iniciarse el tratamiento con cortisona no cambian con éste, pero las nuevas se hacen muy celulares y poco fibrosas; en las válvulas contienen fibrillas perpendiculares; en el pericardio ocasionan síntesis laxa poco retráctil; y en los pulmones dejan esclerosis difusa sin cor pulmonale. *Y G)* La esclerosis pulmonar consecutiva a la neumonitis reumática tratada con corticosteroides relaciona dicha neumonitis con la esclerosis pulmonar idiopática de Hemman y Rich.

BRACHETTO-BRIAN (Buenos Aires, Argentina): *Fibroma de los maxilares.* — 1) Son blastomas raros y por ello mal conocidos, que a veces presentan manifestos caracteres clínicos y radiográficos de malignidad.

2) En esta comunicación se expone el estudio completo siete observaciones del "Comité para el Estudio de los Tumores Oseos"; dicha serie muestra las formas anatómicas más importantes de dichos tumores en ambos maxilares.

BRACHETTO-BRIAN (Buenos Aires, Argentina): *Fibrogranuloma metafisario de los huesos tubulares largos.* 1) Este cuadro anatómico y clínico-radiográfico posee caracteres propios que lo independizan de otros procesos con los cuales podría confundirse.

2) El presente trabajo aporta cuatro observaciones más que justifican el concepto ya sostenido por varios autores de que no se trata de una osteomielitis crónica, ni un blastoma benigno.

3) La etiología no se conoce en manera indudable. Pero conviene, mientras tanto, considerarlo como la consecuencia de una alteración transitoria de crecimiento metafisario, cuyas causas pueden ser una distrofia leve o una acción traumática asociadas o no.

BRAGA DIAS, Leonidas e BARRETO NETTO, Manoel (Rio de Janeiro, Brasil): *Sigmoidite Luética.* — Os autores estudam 50 casos de lesões luéticas aórticas, entre as quais destacam 15 casos que apresentam alterações acentuadas das sigmóides. Neste grupo em que há comprometimento do endocárdio valvular, fazem especial referência às lesões destrutivas, cujas relações com processos de natureza gomosa são discutidas.

Em alguns casos em que houve evidências clínicas ou anatómicas de comprometimento reumático, são discutidas as possibilidades diagnósticas diferenciais ou da coexistência das duas etiologias.

BRANDT, H., LIEBOW, A. A. (México): *Isomerismo pulmonar, Asplenia y otras anomalias.* — Se presentan dos casos de asplenia con isomerismo

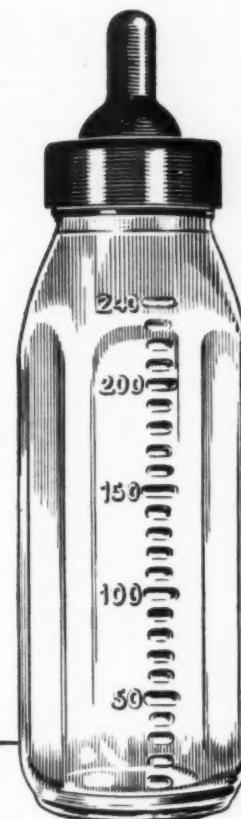
# PELARGON...

fácil de receitar...  
facílimo  
de preparar !

1 medida rasa de pó (5 g)  
para cada 20 cm<sup>3</sup> de água !



Está pronta a mamadeira de leite  
integral acidificado já adicionado  
de açúcares e amido pré-cozido.



pulmonar derecho, asociado a anomalías del drenaje pulmonar venoso, malformaciones del corazón y de los grandes vasos y transposición de las vísceras. En uno de ellos existía una vena pulmonar común y una cavidad demostrada radiológicamente que simulaba cor triatriatum. En general la asplenia ocurre en presencia de anomalías similares. Estas alteraciones no son sino parte de un complejo en las cuales la simetría de los órganos es sobresaliente y que se acompaña de ausencia del bazo, el órgano de la lateralidad por excelencia.

La existencia de cualquier elemento de este conjunto de anomalías tales como un árbol bronquial simétrico o algún signo de transposición — debe hacer pensar en otras malformaciones por la frecuencia en que se encuentra en esta asociación.

CAMERON, Roy (Londres, Inglaterra): *A mediação química da inflamação*. — Este trabalho resume as pesquisas de Spector e Willoughby e outras investigações trazidas pelo departamento destes autores, recentemente.

As investigações mostram que os estímulos químicos da inflamação, se originam de tecidos lesados e levam a um aumento da permeabilidade capilar, caráter marcante da inflamação aguda.

A inflamação pleural em ratos e cabras, experimentalmente produzida por terebentina, faz-se em três fases:

1.º) Uma fase inicial de aumento de permeabilidade capilar, com exudação de plasma, devida ao desprendimento local de histamina e 5-hydroxytryptamina.

2.º) Uma fase de ativação de um mecanismo globulina e libertação de peptídos da digestão proteica, as quais mantêm a exudação de plasma e migração de leucócitos.

3.º) Uma fase de diminuição da permeabilidade capilar, devida à produção de proteínas que inibem as globulinas de aumento de permeabilidade e 5-hydroxytryptamina, e cessação da exudação fluida e migração celular.

CAMPOS R. 45 C., Jorge (Lima, Perú): *Sarcoma de células reticulares de origen no ganglionar*. — El sarcoma que tiene su origen en las células reticulares de los llamados "tejidos blandos", sin relación con el tejido reticular de ganglios o de huesos, es poco frecuente y por tanto poco conocido.

Es un tumor de evolución rápida y mal pronóstico, que ataca con mayor frecuencia a adultos jóvenes y adolescentes; no tiene predilección por ningún sexo. Clínica y macroscópicamente no puede ser diferenciado de otros tumores malignos mesodérmicos. El diagnóstico se hace por medios histológicos; microscópicamente está constituido por células primitivas, de aspecto uniforme, de forma redondeada u oval, de tamaño mediano, generalmente mononucleadas, que se disponen en playas o grupos, sin tendencia orgánica definida. El núcleo es redondeado, vesicular, con una fina red cromática; predomina sobre el citoplasma. En éste no se encuentra grasa ni granulaciones.

Las coloraciones argénticas son muy valiosas para el diagnóstico y demuestran una fina red de fibras reticulares en relación con las células a las que envuelven en pequeños grupos o individualmente.

Esta neoplasia, en su evolución, puede dar metástasis a los ganglios regionales y por vía sanguínea a pulmones, hígado, etc. — El compromiso medular y de la sangre periférica, son frecuentes en los estadios finales. No se observan los cuadros de compromiso ganglionar sistémico, característico de los linfomas.

Es un tumor radio-sensible, pero rara vez radiocurable, por la tendencia a la generalización precoz.

Presentamos 4 casos, encontrados en una serie de 120 tumores malignos de partes blandas, reunidos en el curso de años en los que se estudiaron 30.847 neoplasias, tanto benignas como malignas.

CARBONELL, Luis M. (Caracas, Venezuela): *Acción de drogas que alteran el ritmo cardíaco sobre enzimas histológicamente demostrables en el sistema de conducción cardíaco del*

# NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

**FÓRMULA:**

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

**INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:**

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sózinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

**MODO DE USAR:**

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.



**LABORATÓRIO TERAPÉTICA PAULISTA S/A.**

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

## EL DRENAJE EN CIRUGIA

E

## SEMILOGIA DEL CANCER DEL COLON Y DEL RECTO

Trabalhos do Prof. DOMINGOS PRATI, Professor Emérito da Faculdade de Medicina de Montevideó, constituem duas publicações de real interesse para a classe médica.

Cr\$ 150,00 e Cr\$ 200,00



Os interessados na aquisição dessas obras podem dirigir-se ao

**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

Rua Pirapitingui, 80

**perro.** — Se estudia la acción de la quinidina, cloroquina y procainamida desde el punto de vista histoquímico sobre el sistema de conducción cardíaco del perro. Los resultados obtenidos fueron una inhibición de la dehidrogenasa succínica cuando se usó la cloroquina y de la esterasa alfa, cuando se usó la procainamida. Suponemos que la inhibición de la dehidrogenasa succínica impide la producción de la energía requerida para la conducción del impulso del sistema de conducción cardíaco. La acción de la procainamida se interpreta como una inhibición de la colinesterasa del sistema de conducción con la consequente alteración del ritmo cardíaco.

**CARBONELL P., Luis M. (Caracas, Venezuela): *Histoquímica comparativa de las mucinas de los carcinomas gastricos pancreaticos y rectales.*** — Se estudiaron 26 tumores de los cuales 19 eran gástricos, 3 rectales y 4 pancreáticos. Se hicieron las siguientes reacciones: PAS, mucopolisacárido ácido, extinción del azul de metileno a diversos pH, mucicármn, mucihemateína, fucsina aldehídica y metacromasia usando azul de toluidina.

El PAS lo mismo que el mucicármn fueron constantemente positivos en los tumores gástricos y rectales aún los más indiferenciados. En los tumores pancreáticos el mucicármn fué negativo en 3, débilmente positivo en 1, el PAS varió desde una reacción fuertemente positiva hasta la completa negatividad. La reacción para mucopolisacárido ácido usando el hierro coloidal fué constantemente positiva en todos los tumores. La mucihemateína dio positiva en todos los tumores rectales, negativa en los pancreáticos y positiva en uno solo de los tumores gástricos (carcinoide gelatinoso). La extinción del azul de metileno se hizo por debajo de pH 4 en los tumores rectales y por encima de este pH en los tumores gástricos y pancreáticos. La reacción con la fucsina aldehídica fué indiferentemente positiva o negativa en relación con los diversos tipos de tumores estudiados. En las metástasis ganglionares las reacciones fueron las mismas que en el tumor primitivo.

**CARVALHAL, J. P. MAC-CLURE e SOUZA COELHO, R. (Rio de Janeiro, Brasil): *Considerações a respeito da histopatologia e patogênese das relações do sistema nervoso após vacinação antirrábica.*** — A propósito de dois casos, observados por nós únicamente, de pacientes internados no Hospital Souza Aguiar, após a 12.ª injeção de Vacina anti-rábica — 4cc. tipo Ferni. — suspensão de massa nervosa a 5% e fenicada a 1/2%.

**1.º Caso:** A.O. de 43 anos, branco, português. Mordido por cão raivoso comprovado histológicamente. A doença evoluiu em 3 dias, tendo apresentado uma síndrome de paralisia ascendente de Landry. Faleceu com transtornos respiratórios.

A mulher do paciente também foi mordida pelo mesmo cão. Fêz uso de vacinas do mesmo Instituto (Instituto Pasteur do Rio de Janeiro). Nada aconteceu de anormal.

Foi examinado todo o sistema nervoso. As lesões foram encontradas apenas na medula espinhal. No bulbo, protuberância, pedúnculos cerebrais, cerebelo, diencéfalo e telencéfalo não se verificaram lesões.

Na medula espinhal, as lesões se distribuíram em toda extensão, isto é, na medula sacra até a medula cervical. Predominavam na substância branca. O infiltrado inflamatório localizava-se em torno das grandes veias.

A suspensão da medula desse paciente foi injetada em camundongos e coelhos: resultados negativos para raiva.

**2.º Caso:** T.K. de 61 anos, branco, húngaro. Mordido por outro cão raivoso. Apresentou discreta paralisia nos membros inferiores e hematêmese. Evoluiu para a cura. Alta no fim de 30 dias.

**CONSIDERAÇÕES:** Não foi encontrada nenhuma lesão característica da raiva. As lesões estavam localizadas em volta das veias e atingiram apenas a medula espinhal.

A ausência de alterações histológicas habitualmente encontradas na raiva e o resultado negativo da inoculação em animais, afastam a possibilidade de ocorrência de neurovírose.

Também confirma este ponto de vista a evolução favorável apresentada pelo outro paciente, cuja sintomatologia era análoga.

Baseados nestes dados, nos julgamos autorizados a afastar a hipótese de uma virose-rábica, e pensar em um processo de natureza neuroalérgica segundo o conceito de H. Pette.

CARVALHO, Adonis e GASTÃO, Antônio (Recife, Brasil): *Ocorrência e distribuição de pigmento — contendo ferro em fígados humanos fibróticos.*

— Os autores procuraram verificar a ocorrência de pigmento — contendo ferro em fígados humanos no Recife, Pernambuco, Brasil. O resultado da investigação não confirma a idéia de que seja a cirrose nutricional ligada à deposição de tal tipo de pigmento no fígado, contrária portanto ao que tem sido defendido por autores que têm, na África, estudado o assunto.

CASAVILCA RUBIO, Aníbal (Trujillo, Perú): *Aspectos Anatomopatológicos de las Blastomicosis Sud Americana en el Perú.* — Hasta el año 1956 se han diagnosticado en el Perú, 18 casos de esta enfermedad.

El material para este estudio está constituido por 3 casos de autopsia, 14 para biopsia y 16 cobayos infectados experimentalmente.

Las lesiones encontradas son: En la *Piel*, úlceras papilomatosas, excavadas, costosas, purulentas, única ó numerosas. Microscópicamente hay necrosis, acantosis, degeneración vacuolar, micro-abscesos, infiltración tuberculoide contenido paracoccidioides intra y extracelular, y atrofia de los anexos. *Mucosa Oral*, lesiones vegetantes ulceradas, papilomatosas, surcos grietas, engrosamiento y dureza de carrillos, labios y lengua. A partir de los carrillos y comisuras, las úlceras invaden la piel. Microscópicamente las lesiones son semejantes a las de la piel. *Dientes*, cariados, flojos y cubiertos por exudado purulento. *Aorta*, arteriosclerosis, aneurisma lumbar de 2 cms., con necrosis e infiltración inflamatoria contenido hongos. *Pulmones*, engrosamiento de

las pleuras, con nódulos y adherencias. *Bronquios*, con fibrosis, infiltrado inflamatorio, contenido hongos en la pared y en la luz. Alveolos con septos engrosados, en zonas tejido de granulación específica con hongos. Atelectasia, enfisema. *Vasos*: Granulomas específicos que infiltran la pared de venas y arterias. *Hígado*, cirrótico con tejido inflamatorio crónico contenido hongos. *Bazo*, agrandado con abscesos y tejido de granulación con numerosos hongos e hiperplasia reticular. *Ganglios linfáticos* agrandados, aislados y en masas, blandos con zonas de necrosis caseosa o drenando pus amarillo; Microscópicamente hiperplasia reticular, escasos o numerosos granulomas, áreas de necrosis caseosa, a veces sin presencia de hongos. *Testículo* con abscesos, infiltrado inflamatorio específico, atrofia del parénquima, inflamación inespecífica con hongos. *Próstata y vesícula seminal*: Abscesos, tejido de granulación específico y hongos. Al rededor de la vesícula seminal hay arteriola con trombo organizado contenido hongos. *Suprarrenales*: Abscesos hasta de un cm. y hongos fagocitados y libres.

En los cobayos se ha encontrado: *Testículos*. — Agrandados, nódulos duros, abscesos, y necrosis caseosa. Microscópicamente se ha observado desde la fase inflamatoria aguda inespecífica, el inicio de la formación de tejido de granulación específico, granulomas bien constituidos, granulomas agrupados formando nódulos y grados diferentes de necrosis. *Ganglios linfáticos* agrandados, en los inguinales nódulos, necrosis caseosa y tejido de granulación específico con hongos. *Piel*: Lesiones úlcero-costosas en la región testicular y también en la boca nariz y orejas. En la zona testicular además, fistulas. Microscópicamente, tejido de granulación específico con hongos. En el ojo engrosamiento y deformación del iris con tejido de granulación contenido hongos. En el hígado, bazo y pulmones, tejido de granulaciones tuberculoide predominando el componente proliferativo, sin presencia de hongos. En el estudio que se hace se encuentran tres cuadros histológicos fundamentales: 1. — Tejido

de granulación específico; 2. — Necrosis y exudado purulento; y 3. — Inflamación específica. Los cuadros 2 y 3 acompañan al primero. Casi

siempre hay hongos en las lesiones. En un mismo caso predominan las lesiones proliferativas en un órgano y las exudativas en otro.

(Continua)

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### Lisina associada à manufatura do pão

Por ocasião da conferência anual conjunta, as Associações Hospitalares de Maryland, Delaware, e do Distrito de Colúmbia, foram recentemente informadas de que a adição de lisina ao pão constitui um dos meios mais econômicos de fornecimento de proteínas de alta qualidade, necessárias a uma rápida convalescência.

O Dr. Harold L. Rice, especialista em problemas de alimentação da E. I. du Pont de Nemours & Co. (Inc.), declarou que os convalescentes freqüentemente sofrem consideráveis perdas de proteínas, o que atrasa o seu restabelecimento. Este estado físico traduz-se por lenta cicatrização de feridas e fraturas, suscetibilidade às infecções e perda de peso, assim como outros sintomas característicos de uma deficiência de vitaminas e minerais.

A aplicação da prescrição de uma dieta rica em proteínas de alta qualidade é prejudicada por falta de meios e pelo fato de um grande número de doentes rejeitar alimentos que contém proteínas — carne, ovos e peixes. O pão, todavia, é tolerado pelos doentes, sendo facilmente preparado e servido. Quando lhe é adicionado o amino-ácido L-Lisina, torna-se um fornecedor importante de proteínas, assim como já é uma fonte de outros elementos nutritivos essenciais.

O Dr. Rice explicou ainda que, devido à falta de lisina, só uma parte das proteínas contidas no pão comum é utilizável pelo organismo para a formação e regeneração dos tecidos. Quando este amino-ácido essencial é

misturado à farinha em proporção adequada, resulta um aumento da sua capacidade regeneradora dos tecidos, dando-lhe, dessa forma, alta qualidade, comparável às proteínas da carne e da maior parte dos produtos lácteos.

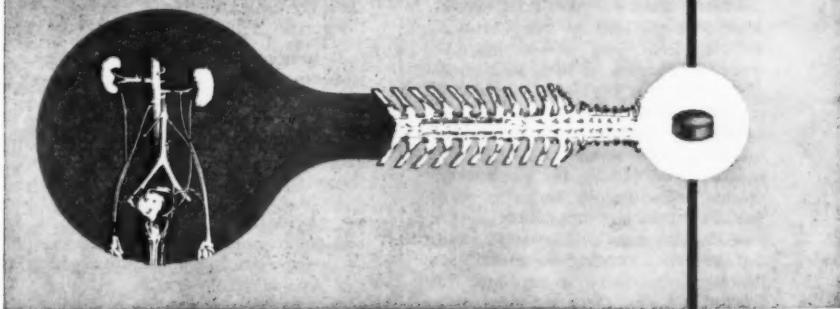
A maior parte das proteínas de cereais é deficiente em lisina, afirmou o Dr. Rice, e a algumas faltam outros amino-ácidos.

Basta, porém, acrescentar lisina à farinha de trigo para elevar o seu valor protéico ao nível desejável. Experiências efetuadas em laboratórios demonstraram que a adição de elementos sólidos do soro de leite não chega para compensar inteiramente a carência natural de lisina, ainda que melhore o seu valor nutritivo.

Os panificadores têm agora a possibilidade de fazer pão enriquecido com lisina, produto que existe graças às pesquisas laboriosas e intensivas levadas a cabo pela Du Pont de Nemours, para conseguir um processo de fabricação deste amino-ácido tão necessário. Em alguns tipos de pão, o valor das proteínas necessárias ao crescimento e à regeneração dos tecidos foi quase duplicado com a adição de lisina, sem que houvesse modificação de sua qualidade, sabor, textura ou método de fabricação.

Experiências recentes, feitas em determinados hospitais, comprovaram que o pão comum, com a adição de lisina, é para os hospitais uma fonte econômica e aceitável de proteínas de alta qualidade.

*Efeitos imediatos -  
manutenção de concentrações  
prolongadas no sangue*



# *Lederkyn*

**Sulfametoxipiridazina**

LEDERKYN é o mais importante aperfeiçoamento na sulfamidoterapia. É rápida e totalmente absorvida, atingindo com grande facilidade as barreiras orgânicas. Permanece mais tempo no sangue e é eliminado muito lentamente, através da urina. Por isso, é indicado

- ★ *principalmente nas infecções do trato urinário devidas a organismos sensíveis à sulfanilamida, tais como *E. Coli*, *Aerobacter aerogenes*, e em alguns casos do *Proteus*;*
- ★ *na profilaxia da febre reumática e bronquectásia;*
- ★ *no tratamento das infecções agudas, subagudas e crônicas, sensíveis à sulfonamida.*

LEDERKYN comprova também sua eficácia no tratamento de meningite meningocócica.

**Divisão LEDERLE  
CYANAMID QUÍMICA DO BRASIL S.A.**

Rio de Janeiro - Av. Rio Branco, 131 - 21º

São Paulo - Rua Lavapés, 326



IA - 2565

## LITERATURA MÉDICA

## Livros recebidos

**Deshidratación** — Editorial "Alfa", Buenos Aires, 1954 — Drs. Carlos E. Rapela, Juan José Beretervide, Alfredo E. Larguia e José Schavelzon. — Os líquidos orgânicos constituem o meio onde ocorrem os processos celulares. Para que isso se realize normalmente é necessário que a concentração de hidrogênio, pressão osmótica e composição iônica se mantenham com certa constância, o que fica dependendo de algumas causas que regem a composição eletrolítica do meio interno e a regulação de seu volume. Estudam a desidratação, consequência de perturbação desses mecanismos e as diversas eventualidades clínicas, tanto no adulto como principalmente na criança. A desidratação em cirurgia é assunto de

capítulo especial. Segue extensa bibliografia.

**Il bromo en fisiopatología** — Drs. Roberto Bellotti e Mário Ravera — Estudo pormenorizado, demonstrando não ser acidental a presença do bromo no organismo humano, mas essencial para a produção dos fenômenos vitais, distribuindo-se em todos os tecidos e líquidos orgânicos. A sua proporção no organismo acha-se em relação constante com a do cloro. Demonstra a ação importante do bromo em relação com as glândulas endócrinas principalmente a tireóide, a hipófise e as gonadas. Estuda também a ação farmacológica, a toxicologia e os métodos empregados em suas pesquisas para a dosagem do metalóide. Bibliografia copiosa.

## Separatas e folhetos recebidos

**Acta Chirurgica Scandinavica** — Suplemento 229. Estocolmo 1958. O autor, dr. C. A. Edvall faz o estudo clínico de 30 casos de hiperparatireoidismo, focalizando a formação renal, fazendo referência especial sobre os métodos de "Clearance" renal seletiva e o cateterismo da veia renal.

Clearance seletiva é uma medida fisiológica da atividade em diferentes partes do nefron. Entretanto ela reflete sómente os efeitos conjuntos dos nefrons sãos e dos nefrons mais ou menos comprometidos do rim doente.

Para aquilatar o valor do método o autor procedeu ao estudo da formação renal nos 30 casos. Comenta e descreve a técnica empregada para a cateterização da veia renal, elaborada no departamento de diagnóstico radiológico do Instituto Carolina de Estocolmo. Os exames foram praticados no período pré e pós operatório em diversos dos pacientes permitindo

verificar as modificações resultantes da operação no metabolismo da glândula. Acompanha extensa bibliografia.

**Annales Medicinae Internae Feniae** — Suplemento 27. Vol. 47 — 1958 — Dr. Teppo Vartio. O autor estuda o fermento proteolítico presente na urina, a uropepsina, que se origina no estômago e cujo teor varia em diversas doenças conforme ficou estabelecido após numerosos trabalhos, a despeito de haver bastante controvérsia. Focalizando seu estudo em 100 casos (doenças gastrintestinais, hepáticas e algumas outras doenças como sejam diabete, anemia hipocrônica, estados de stress agudo, estados de esgotamento), fazendo a medida dos valores da excreção da uropepsina e comparando-a com a de indivíduos normais, concluiu por diferença pouco sensível para conferir a essa determinação uma

maior significação como teste clínico. Apresenta bibliografia.

**Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae.** — Suplemento 76, vol. 47 — 1958. Drs. P. Pankamaa e J. Terho. A asfixia do feto como indicação de cesárea. Refere-se ao conceito de asfixia, tanto a do feto como a do recém-nascido, sendo no último caso, muito mais difícil de precisar suas causas. Considerando que a asfixia é indubitável a causa mais importante da morte do feto durante a gravidez ou durante o parto, o seu tratamento merece a maior atenção.

O material de observação consta de 1 007 partos cirúrgicos cuja indicação foi a asfixia intrauterina. Na clínica universitária de mulheres em Helsinki houve um grande aumento no número de cesáreas por essa indicação (de 1926-1930 passou de 0% a 14,4% em 1951-1955). É difícil o diagnóstico mas a intervenção é insubstituível. Foram salvas muitas crianças e não se perdeu nenhuma parturiente.

**Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae.** — Suplemento 72. Vol. 47 — 1958. Helsinki — Finlândia

— Trabalho executado pelo dr. Jaakko S. Aalto sob o título "Rim móvel e seu tratamento cirúrgico." Analisa o conceito da mobilidade do rim como patológico, quando ultrapassa certos limites, uma vez que o órgão é normalmente de volume, situação e mobilidade variáveis para indivíduos diferentes. Sómente quando a mobilidade do rim conduz a condições patológicas, como rotação do rim, cotovelamento dos ureteres ou hidronefrose, pode-se falar de um rim móvel, como doença.

Descreve as indicações, os métodos operatórios e os resultados. Acompanhado de bibliografia.

**Experiências Clínicas com Varidase em cirurgia.** — Dr. Joseph M. Miller — (Maryland — E. E. Unidos). — Estuda o uso da Varidase, preparado composto de estreptoquinase e estreptodornase, que oferece ao cirurgião um novo recurso biológico no tratamento das feridas infectadas, coagulos sanguíneos e tóda infecção purulenta em qualquer região do corpo, quando sob a ação dos enzimas for possível o tratamento por um período suficiente de tempo.

## ESTUDOS CIRÚRGICOS

6 volumes

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

## RUBROMALT

Extrato de malte

Com as Vitaminas B<sub>12</sub>, A e D  
Complexo B, Extrato de Fígado,  
Aminoácidos e Minerais.



INSTITUTO TERAPÉUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

**sulfato de kanamicina** descoberto por H. Umezawa e col.



**um antibiótico  
dramàticamente ativo**

# **kantrax**

**sulfato de kanamicina injetável**

**bactericida** contra uma grande variedade de  
microorganismos recalcitrantes, **INCLUSIVE CONTRA OS  
ESTAFILOCOCOS RESISTENTES.**

**INFECÇÕES URINÁRIAS**

**INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO**

**OSTEOMIELITE**

**INFECÇÕES SEPTICÊMICAS**

**LABORTERAPICA-BRISTOL S. A.** Ind. Quím. e Farm. - R. Carlos Gomes, 924 - Sto. Amaro (S. Paulo)

## Tratamento cirúrgico da sub-luxação congênita do quadril

Dr. RENATO MORGANTI  
(Especialista de Ortopedia e Traumatologia)

O tratamento da sub-luxação congênita do quadril, tem de ser considerado, hoje em dia, principalmente, um problema de indicações operatórias. Muitas são as técnicas e vários são os processos de cura que permitem pôr em execução os recursos que necessitamos para tratar a sub-luxação congênita do quadril. Todos nossos recursos porém, têm indicações certas, considerando-se: a idade do paciente, a entidade anatômica da doença e também a finalidade que se quer obter, ou seja, um tratamento definitivo ou paliativo.

A idade na qual se pratica a intervenção, tem muita importância para o resultado: operar em condições anatômicas boas, operar confiando no máximo dos recursos locais de plasticidade e de adaptação e operar sobre um terreno seguramente livre de gastos, ligados a anormais condições mecânico-funcionais que agem de longa data, são as exigências indispensáveis para garantir, pelo menos de início, um real sucesso curativo e profilático. Estas condições podem sómente ser encontradas em pacientes abaixo do 15.º ano de idade. Além dessa idade, com a aproximação da fase final do crescimento ósseo, vão se perdendo, cada vez mais, as condições ideais para a intervenção, diminuindo a plasticidade esquelética, como também a possibilidade de adaptação funcional, ao passo que aumentam em rápida progressão as alterações cartilagíneas, que acabam em artroses secundárias. Depois do 15.º ano de idade, estamos autorizados a considerar que qualquer intervenção cirúrgica com a finalidade de dar novamente uma condição mecânica normal, não pode ter senão um resultado de efeito paliativo e não mais um resultado perfeito para o futuro da articulação. A artrose, de fato, já se iniciou e não pode ser mais eliminada, modificando, com a intervenção, as condições mecânicas. Examinemos, portanto, o problema das indicações, em função da idade do paciente:

### 1.º) SUB-LUXAÇÃO ANTES DO 15.º ANO DE IDADE

Temos muitas possibilidades cirúrgicas para um tratamento radical e profilático contra a artrose. Pode tratar-se de sub-luxação primitiva, com sintomatologia funcional, mas sem dor, ou sub-luxação secundária, quer dizer, residuante de uma luxação já tratada e reduzida. As eventualidades que podem ser consideradas antes de se decidir a intervenção, são ligadas ao tipo anatômico da sub-luxação, isto é:

- a) sub-luxação causada por uma insuficiência do teto cotiloideio, incapazes de receber e conter a epífise;
- b) sub-luxação causada por um exagerado valgismo do cólio que foge para o alto além dos limites anatômicos do teto do acetábulo.

As duas variantes anatômicas existem muitas vezes em forma pura; algumas vezes, existem ambas no mesmo caso, mas, normalmente, é uma das duas anormalidades de desenvolvimento que predomina.

O tratamento cirúrgico deve atuar sobre o elemento primário do defeito, ou seja, sobre o cólio ou sobre o cólio. Dispomos, efetivamente, de duas operações igualmente eficazes para podermos intervir ora sobre uma, ora sobre a outra variedade anatômica de sub-luxação.

#### Reconstrução cirúrgica do teto do acetábulo

Esta operação, praticada com técnica perfeita e nos limites de idade aconselháveis, está em condições de realizar um tratamento radical e profilático. É uma intervenção indicada nas sub-luxações primitivas, abaixo do 15.º ano de idade, ou melhor, abaixo do 12.º ano de idade e nas sub-luxações secundárias, não além do 5.º ano de distância do fim do tratamento da luxação, quando não temos mais esperança que o teto possa se reconstruir espontaneamente e se considere inútil ou prejudicial esperar ainda.

A intervenção de reconstrução do teto, deve ser feita com uma técnica muito apurada. O teto, de fato, tem que ser reconstituído na sua sede fisiológica e para se obter isto é necessário que a epífise seja exatamente reduzida. Mais importância que a construção do teto, temos que dar atenção à centração da epífise. Se a epífise for conduzida à sua sede anatômica, pode se realizar uma reconstrução perfeita da articulação. Se, a centração da epífise não for realizada de maneira justa, o resultado da intervenção nunca poderá ser perfeito, mas, sómente paliativo. Neste caso, de fato, a sub-luxação, apesar da construção do teto, persiste (assim dita luxação intra-cotiloidea), tendo se obtido sómente que a sub-luxação não aumentasse e que a mecânica articular melhorasse sem, porém, chegar a uma verdadeira cura.

A análise dos resultados, demonstra que a maioria dos casos nos quais se realizou uma perfeita centração da epífise, tiveram os melhores sucessos terapêuticos que se podem esperar com a intervenção, ao passo que todos os casos em que não se realizou a centração da epífise, verificou-se mais tarde um resultado paliativo, mesmo se relativamente bom.

Esta intervenção tem também indicações exatas, com referência ao tipo anatômico da sub-luxação.

Há, de fato, possibilidade de se realizar uma cura mecânica e funcionalmente adequada, só nos casos em que a sub-luxação seja mantida por uma real ipoplasia do teto cotiloideo, porque só nestas circunstâncias, a intervenção age sobre a causa primeira da sub-luxação. É contra indicada a reconstrução do teto na sub-luxação secundária por valgismo do colo, porque, nestes casos, o defeito principal não está no teto cotiloideo e a intervenção praticada sobre ele não tem significado, nem finalidade.

#### **Osteotomia para colocar em varo o colo**

A experiência tem demonstrado que a reconstrução do teto, praticada em sub-luxações caracterizada por anomalias de direção e de rotação do colo femural, dita coxa valga sub-luxante, não deu resultado satisfatório porque não modifica em nada as anormais condições mecânico-funcionais.

Estes casos têm, como indicação terapêutica, outra intervenção: a osteotomia em varo do colo.

Os escopos desta intervenção são os de corrigir a direção anormal do colo e centrar a epífise. Operando em paciente de jovem idade (sempre abaixo dos 15 anos), os efeitos terapêuticos repercutem favoravelmente também sobre o teto cotiloideo e se este for deficiente, por uma natural solicitação ao desenvolvimento, agem estimulando a melhor conformação do teto. Nestes casos, o varismo do colo e consequente centração da epífise na sua posição anatômica, progressivamente promove a reconstrução espontânea da parte superior do cotilo.

A osteotomia varizante do colo femural, quando feita em idade jovem, além de curar a sub-luxação, realiza também uma profilaxia da artrose, porque, criando uma situação mecânica normal, elimina a causa principal que conduziria precocemente a artrose secundária.

#### **2.º) SUB-LUXAÇÃO DEPOIS DO 15.º ANO DE IDADE**

Depois desta época, aos sinais de deficit funcional, se juntam os correspondentes a artrose, isto é, dores e atitudes viciosas.

Estes sintomas que correspondem ao comprometimento da função cartilaginea comparecem precocemente e tanto mais rapidamente quanto mais acentuado é o grau de sub-luxação.

Não existe uma idade certa que estabeleça uma época limite; observam-se, de fato, sub-luxações dolorosas já aos 18 anos, como também podem surgir sómente aos 30 ou 40 anos.

O fato importante é que depois dos 15 anos desaparecem as condições de plasticidade do esqueleto, indispensáveis a uma intervenção reconstrutora; desaparecem também as possibilidades locais de adaptação às novas condições mecânicas realizadas por esta intervenção cirúrgica, ao passo que, de outro lado, a cartilagem articular já manifesta processos degenerativos, ligados à persistência da função em condições mecânicas anormais.

Não há mais possibilidade, nestes pacientes, de uma cura cirúrgica causal. A reconstrução do teto não encontra em tais casos mais nenhuma indicação porque não só não pode ter qualquer ação favorável sobre a artrose já em estado avançado, como também não pode encontrar possibilidades práticas, tanto para o rebaixamento do "limbus" na formação do teto, ou conseguir a centração da epífise.

Vimos que, nos casos operados depois do 15.<sup>o</sup> ano de idade, o teto reconstruído tem uma simples função de limitação mecânica, sem ter em nada modificado as demais condições da sub-luxação, nem ter evitado que a artrose, grave e muito precoce, tenha continuado a sua evolução. Sómente em poucos casos a intervenção surtiu o resultado paliativo impedindo um aumento da sub-luxação e diminuindo sem eliminar completamente, todavia, as condições mecânicas que preparam o terreno à artrose secundária.

Devemos nos satisfazer com resultados mais modestos e paliativos, orientados simplesmente com o objetivo de melhorar a mecânica articular e diminuir as dores.

Sobre este ponto de vista a osteotomia "varizante" do colo femoral, pode encontrar suas indicações. Sub-luxações velhas caracterizadas por um enorme valgismo do colo, com artrose secundária, podem ser favoravelmente modificadas na evolução e na sintomatologia, com uma osteotomia praticada para corrigir a direção do colo e centrar a epífise. Com isto se obtém um melhoramento das dores e uma melhoria também da função articular. Casos caracterizados por um quadro radiográfico de artrose deformante e proliferativa não podem ser mais tratados com intervenções conservadoras. Considera-se, de fato, a articulação comprometida "in toto" e não resta senão recorrer à artroplastia ou a artrodese. Pela experiência desfavorável e incerta dos resultados da artroplastia somos contrários à execução desta intervenção e preferimos a artrodese. A intervenção mais radical é a ressecção artrodese, dita também artrodese intra e extra-articular com transplante ilíaco. Com este método podem ser tratadas as sub-luxações antigas, com acentuada artrose deformante e nas quais seriam inúteis outros tratamentos. As artrodeses deram resultados ótimos, clinicamente perfeitos e uma completa consolidação em quatro a seis meses.

## 3.º) SUB-LUXAÇÃO NA IDADE AVANÇADA

Não raramente casos de leve sub-luxação apresentam uma manifestação clínica (dores e limitação funcional) na idade avançada. Os casos que apresentam uma sintomatologia clara e progressiva de dores acentuadas, podem ser ainda tratados cirúrgicamente com uma intervenção eficaz e proporcional às condições da idade. Em substituição a artrose, intervenção julgada excessivamente grave pela idade do paciente, pode-se praticar uma osteotomia alta, dita — osteotomia artrodesante da metáfise femural superior. Esta osteotomia com a qual se corrige também eventuais atitudes viciosas, consequentes à artrose, tem que ser executada num nível muito alto para conseguir, ao mesmo tempo, uma artrodesse. Isto, de fato, se obtém com uma imobilização postoperatoria de quatro a seis meses.

Com esta resenha, nós pretendemos haver feito uma rápida análise dos processos seguidos atualmente na cura da sub-luxação congênita do quadril que, como todos sabem, constitui uma doença muito frequente e uma das causas de elevado número de artroses secundárias. Esperamos que, com maior experiência, seja possível coordenar ainda melhor o problema terapêutico da sub-luxação congênita. Pensamos que este complexo capítulo da patologia do quadril já esteja sendo enfrentado com a decisão que merece, mas, resta ainda muito a se fazer.

*Prezado Doutor:*

Agora o Sr. já pode aconselhar a sobremesa que faltava ao seu cliente em regime de redução

Adoçados com "ciclamatos", a notável descoberta que substitui o açúcar sem fornecer calorias.

Indicado com segurança na sobremesa dos DIABÉTICOS.

**DIETA**  
*a doçura sem açúcar*



# Impletol - Depósito®

Terapêutica neural

A solução aquosa viscosa de polivinilpirrolidona prolonga a anestesia e produz completa eliminação, evitando efeitos secundários nos tecidos infiltrados.

Nas contusões  
desportivas!



Na otorrinolaringologia!

Anestesia prolongada  
post-operatória.

**BAYER**  
A CHIMICA **Bayer** S.A.  
Rio de Janeiro



## O uso dos nomes próprios em fichas operatórias \*

Prof. RICARDO FINOCHIETTO

(Da Fundação Henrique Finochietto, Buenos Aires)

"No es conveniente emplear nombres propios en la designación de procedimientos operatorios.

A lo menos en la redaccion de historias clínicas.

La historia debe ser um verdadero documento redactado, no para llevar una fórmula, cumplir con una obligación, sino tambien para uso futuro.

Por este motivo es que se redactarian en forma clara, precisa, que no requiera aclaración que recien pueda ser necessaria cuando quien ditó el documento no se encuentra a mano.

Es por esa causa que en grandes instituciones para procesos comunes, se dispone de historias Standard, a las que el redactor pueda o no agregar datos de su cosecha.

Los nombres propios se emplean por comodidad, pero como expresamos arriba, la historia clínica es un verdadero documento en cuya confección debe sacrificarse todo en aras de claridad, precision y utilidad. En documentos clínicos, el empleo de nombres propios, salvo el aparente ahorro de tiempo, no tiene sino inconvenientes.

Primero el de la ortografia. Un ejemplo : Técnica de Moscovicz o Moskowich o Mostkowitz ? etc.

Hay procedimientos, perfectamente iguales, llamados en um nombre y con otro en el de más allá. Hernioplastia a la Mugudi en Italia, a la Aguilar en Argentina. La abdomino-perineal de recto en todo el mundo conocida como operación de Miles, fué ideada, practicada y publicada por Jandier y por Chalot, 10 años, o 12, antes del artículo del inglés. Y la laparotomia transversal con sección de tendones rectales, que llamamos de Cherney, fué descrita 50 años antes por Giordano, de Venecia.

De mdoó que si, ademas de abreviar, con el emplear nombres propios, pretendemos rendir homenajes, podemos ser injustos al describir nuestra información erronea.

(\*) Considerações feitas perante a Sociedade Médica São Lucas em 10-12-58.

Otras veces los procedimientos son designados con um nombre nacional porque un autor, al publicarlo, dió rienda juelta a su chovinismo, creyendo que todos sus compatriotas se enorgullecieran con el hijo, aborto de su ingenio. Mas allá, se dara nombre a un procedimiento, simplemente porque vimos ejecutar alguien de nuestra simpatia y que nos lo expreso con el color de las cosas propias, sin tener tal intención.

Se podria continuar con ejemplos, hasta pintorescos pero no dejaremos de consignar la ligereza con que bautizamos nuestras operaciones.

Si sus autores vieran como fueron ejecutados, cuando el cirujano se aparto de la idea directriz....!

No; en historias clínicas destinadas a un archivo al referirmos a procedimientos operatorios no empleemos nombres propios! No digamos hernioplastia a la Bassini, sino interposición del cordon, suturando P.O.T. a la arcada com 6 puntos separados, simples, algodon, n.<sup>o</sup> 16.

Plano prefunicular do oblicuo mayor, continua, algodon n.<sup>o</sup> 40. etc. Así el perito que reler el documento, lo entenderá mejor, que si escribieramos metodo de Bassini, a la manera de Acecedi.

No escribamos lobuloplastia con el metodo 2 ambecino. El lobulo se restaura con un colgajo de tantos por tantos milímetros tomado de la cara tal del miembro etc etc.

Ahora, en una rapida conversación no habra inconveniente en decir "Le hizo un Polya", en lugar de: Gastrectomia de 3/4, con gastroduodenostomia termino lateral, transmesocolica.

En esa circunstancia, los interlocutores podron aclarar qualquier duda.

Las Historias Clínicas destinadas a un Archivo deben adoptarse teniendo presente al futuro, y el que le escriba verá inconveniente en formular-la, sino que, a hacerlo, cumplirá una obligación y ejercerá un derecho.

# METROLINA

Antissético Ginecológico — Bactericida —  
Adstringente — Aromático



LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÉUTICO  
HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161  
SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	C <sub>13</sub>
Capa externa (12×19 cm) por vez	5.000,00
Capa interna (12×19 cm) por vez	4.500,00
1 página (12×19 cm) por vez	4.000,00
1½ página (9×12 cm) por vez	2.500,00
1¼ página (9×5,5 cm) por vez	1.500,00
Encarte por vez	3.000,00

## LIO PREFISOL

### EXTRATO DA HIPOFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- \* Desenvolvimento somático retardado
- \* Distrofia adiposo-genital
- \* Hipogenitalismo masculino da idade pré-puberal
- \* Magreza hipofisária
- \* Pan-hipopituitarismo
- \* Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampola com 60 U.P.



### OPOTERÁPICA NESPA S/A

Rua França Pinto, 616/628 — Tel. 7-6902/7-1804  
SÃO PAULO, BRASIL

## DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-8445

Se em 1941,  
*a "equipe de Oxford"...*

tivesse produzido uma penicilina ativa por via oral, reservar-se-ia o uso da penicilina por via parenteral aos mesmos casos rares das tetraciclínas injetáveis...

A administração de penicilina por via oral é mais prática, mais comoda e não oferece os perigos das injeções de penicilina particularmente os da penicilina procaina...

Mas, administrada por via oral, a penicilina precisa resistir à acidez gástrica e à penicilinase intestinal. Em suma, a penicilina deve alcançar níveis sanguíneos elevados e prolongados. Estes requisitos são encontrados no

**STEGCILIN**,  
que resolvem, enfim, o problema da penicilinoterapia oral.

*Amostras e Literatura*

**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 777 — São Paulo.

Fone: 31-5971

*São Paulo Editora S/A. imprime.*